

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

**Dítě s fetálním alkoholovým syndromem v náhradní rodinné péči**

**The child with fetal alcohol syndrome in the foster care**

*Bakalářská práce*

*Autor práce: Zuzana Jirků, DiS.*

Praha 2012

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne .....

.....

Zuzana Jirků, DiS.

## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat Doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za odborné vedení, podněty a připomínky a celkově za její milý a lidský přístup v průběhu naší spolupráce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se především soustředí na děti s fetálním alkoholovým syndromem, které vyrůstají v náhradní rodinné péči.

Jedním z cílů práce je zjistit s jakými výchovnými obtížemi se setkávají rodiče dětí s fetálním alkoholovým syndromem v náhradní rodinné péči. A to na základě shromáždění všech dostupných informací o diagnóze a pomoci kazuistik dětí, které jsou umístěné v náhradní rodinné péči. Druhým cílem je zjistit, zda je u nás v České republice k dispozici dostatek materiálů a informací o poruchách fetálního alkoholového spektra.

Práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola poukazuje na problematiku a důsledky, které vznikají při užívání alkoholu v těhotenství ženy. Popisuje závislost na alkoholu a její stádia, příčiny závislosti a poruchy fetálního alkoholového spektra. Druhá kapitola se zaměřuje na systém a formy náhradní rodinné péče v České Republice.

Praktická část obsahuje čtyři kazuistiky dětí s fetálním alkoholovým syndromem, které jsou umístěné v náhradní rodinné péči.

**Klíčová slova:** alkohol, těhotenství, náhradní rodinná péče, fetální alkoholový syndrom

## **Annotation**

The present bachelor thesis is primarily focused on the children with fetal alcohol syndrome who are brought up in the foster care.

One of the aims of the thesis is to find out which educational problems are the parents faced to when raising children with fetal alcohol syndrome in foster care. The conclusions are made on the basis of the gathering of all the information concerning the diagnosis available and the case history of the children placed in the foster care. The other aim is to find out whether there are enough materials and information concerning fetal alcohol disorder available in the Czech Republic.

The work is divided into three chapters. The first chapter refers to the problems and consequences which originate in alcohol abuse during women's pregnancy. It describes the addiction to alcohol and its stage, the reasons of addiction and fetal alcohol spectrum disorders. The second chapter is focused on the system and forms of the foster care in the Czech Republic.

The practical part contains four case histories of the children with fetal alcohol syndrome who are placed in the foster care.

**Key words:** alcohol, pregnancy, foster care, fetal alcohol syndrome

# Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Alkohol a těhotenství.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Alkohol.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Závislost na alkoholu .....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Příčiny závislosti na alkoholu u žen.....	12
<b>1.3 Vliv alkoholu v těhotenství.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Poruchy fetálního alkoholového spektra .....	19
1.3.2 Fetální alkoholový syndrom.....	23
<b>2 Systém náhradní rodinné péče v ČR.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1 Náhradní rodinná péče.....</b>	<b>28</b>
2.1.1 Svěření do péče jiné osoby než rodiče .....	30
2.1.2. Pěstounská péče .....	30
2.1.3 Osvojení .....	32
2.1.4 Poručenství.....	34
2.1.5 Hostitelská péče .....	34
2.1.6 Ústavní výchova.....	35
<b>3 Metodologie sběru dat.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Použité metody sběru dat.....</b>	<b>37</b>
3.1.1 Použité kazuistiky .....	38
Alice 9 let .....	38
Markéta 8 let .....	40
Tomáš 12 let.....	41
Matyáš 7 let.....	43
<b>Závěrečné shrnutí.....</b>	<b>45</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>46</b>
<b>Literatura .....</b>	<b>47</b>
<b>Internetové zdroje: .....</b>	<b>48</b>

# Úvod

V naší společnosti je alkohol tolerovanou a velmi oblíbenou drogou, a protože je legální, je každému poměrně snadno dostupný. Ne každý si však uvědomuje, co vše dokáže alkohol způsobit, jak je nebezpečný. V médiích - televizním zpravodajství, novinách a na internetových stránkách poměrně často slýcháváme a dočítáme se o nehodách, které způsobil řidič pod vlivem alkoholu, o rvačkách, přepadeních a také o nezletilých, kteří skončili v nemocnici s otravou krve.

Rizikové pití alkoholu s sebou přináší mnoho problémů v životě jedince. Ohrožuje jeho zdravotní stav, společenské uplatnění, zaměstnání a způsobuje rodinné problémy, které mohou vést až k rozpadu rodiny.

Lidé většinou tvrdí, že pijí jen příležitostně v rámci různých oslav narozenin, Nového roku nebo svatby. V poslední době mám však pocit, že už se mladí lidé neumí bavit jinak než bez alkoholu, a většina z nich razí heslo: „Vždy se najde nějaká příležitost, kdy se napít!“ Málokdo už si uvědomuje, jaký negativní a nebezpečný vliv má alkohol na naše tělo a zdraví. Ženy většinou vědí, že v těhotenství se nemá pít alkohol, protože plodu škodí, ale už málokterá ví, jak dalece dokáže plodu ublížit. Bohužel jsem se setkala ve svém okolí s ženami, které se nestyděly mluvit o tom, že se v těhotenství nijak neomezovaly, i sklenku bílého si sem tam daly a to dokonce s dovolením jejich lékaře.

Výběru tématu předcházela praxe v dětském domově, kde jsem poznala dítě s fetálním alkoholovým syndromem. Tato problematika mě velice zaujala hlavně z důvodu malé povědomosti o tomto syndromu, jeho příčinách a dalších důvodech, jako je poměrně časté zastoupení těchto dětí v ústavní péči v souvislosti s poměrně malým zájmem žadatelů o náhradní rodinnou péči.

Rodiče, jež se rozhodnou přijmout dítě do jakékoliv z forem náhradní rodinné péče, zasluhují určitý obdiv. Děti, které přicházejí do adopce a pěstounských rodin z výchovných ústavů, si s sebou přinášejí minimálně některé z projevů psychické deprivace. Neustálé přechody z jednoho ústavu do druhého, ne-li z jedné rodiny do druhé dítě traumatizuje. Nejsou uspokojeny základní životní potřeby, což vede k vážnému narušení psychického vývoje. Vezme-li si však rodina do péče dítě ještě s nějakým dalším postižením, zasluhuje obdiv dvojnásobný. Dítě s postižením představuje péči velmi náročnou a dlouhodobou, která nese určité oběti. Péče a výchova dítěte s postižením je úkolem nelehkým a náhradní rodiče by měli být připraveni na to, co od takového dítěte mohou očekávat a co vše obnáší péče o něj.

Rozhodla jsem se napsat a zjistit vše k problematice diagnózy fetálního alkoholového syndromu a to v souvislosti s problémy, se kterými by se mohli potýkat rodiče, kteří by měli zájem si dítě s touto diagnózou vzít do náhradní rodinné péče.

Jedním z cílů této práce je zjistit, s jakými výchovnými problémy se setkávají rodiče, kteří mají dítě s fetálním alkoholovým syndromem v náhradní rodinné péči. Druhým cílem je zjistit, zda je u nás v České republice k dispozici dostatek materiálů a informací o poruchách fetálního alkoholového spektra.

# 1 Alkohol a těhotenství

## 1.1 Alkohol

Alkohol patří mezi psychotropní látky a vzniká kvašením cukrů, a to jednoduchých, které jsou v ovoci, ale také z cukrů brambor a obilných zrn (polysacharidů).

Historie alkoholu sahá již do starověku, ve formě vína je znám lidstvu už osm tisíc let. Čistý alkohol byl poprvé získán v 10. století, arabové vynalezli proces destilace a dali mu název al kuhol.<sup>1</sup>

Alkohol je společensky tolerovanou drogou, nejčastěji konzumovanou ve formě alkoholických nápojů. Nadměrná konzumace alkoholu přináší celou řadu nepříznivých účinků, způsobuje asi 60 různých typů onemocnění a poškození, včetně zranění, poruch. Poškozuje nervovou a trávicí soustavu, nemoci zažívacího traktu, poruchy imunity, onemocnění kostí, reprodukční poruchy, zvyšuje riziko nádorových onemocnění, negativně ovlivňuje rozmnožování, způsobuje onemocnění srdce a cév, cirhózu jater, v kombinaci s některými léky může způsobit otravu, bezvědomí až smrt. Čím vyšší je konzumace, tím větší je riziko.

Při občasné konzumaci malého množství alkoholu se objevují i příznivé účinky např. zlepšuje trávení tučných jídel, snižuje riziko ucpání cév a některé přírodní látky obsažené v pive a víně mají antioxidační účinky.

Riziková spotřeba alkoholu je definována jako úroveň spotřeby nebo charakter pití při nichž pravděpodobně dojde k poškození, budou-li návyky v pití přetrvávat (Babor a kol., 1994). Pracovní definice WHO popisuje rizikovou konzumaci jako pravidelnou průměrnou konzumaci 20 – 40 g alkoholu denně pro ženy a 40 – 60 g denně pro muže. (Alkohol a primární zdravotní péče: Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence [online], 2005)

O účinku alkoholu rozhoduje množství, které bylo užito, ale též zdravotní stav uživatele, očekávaný efekt a prostředí, kde k užívání dochází. Konzumace alkoholu způsobuje útlum centrálního nervového systému. Účinky alkoholu lze pozorovat již při užití menšího množství, které u někoho může vést k odstranění zábran a veselosti, u jiného může toto menší množství alkoholu ovlivnit koordinaci pohybů, rychlost reakcí či úsudku. Alkohol sám o sobě dokáže tlumit vnímání bolesti, vyšší konzumace může mít poté vliv na krevní oběh a dýchání, což může vést k bezvědomí až k smrti (Kalina, 2003).

---

<sup>1</sup> Arabský výraz pro něco nejlepšího



## 1.2 Závislost na alkoholu

Nadměrná konzumace alkoholu bývá označována jako **alkoholismus**. Tento termín byl poprvé použit v roce 1849 švédským lékařem Magnussem Hussem. Až po sto letech byl díky WHO<sup>2</sup> označen jako medicínský problém. Poslední dobou však WHO používá pojem „problémy způsobené alkoholem“. Tento pojem naznačuje, že zneužívání alkoholu je multifaktoriální problém, jde o kontinentální pití nebo periodickou konzumaci alkoholu.

Alkoholismus nebo též závislost na alkoholu, opilství je chronické recidivující onemocnění postihující nejen celou osobnost postiženého jedince po stránce psychické a fyzické, ale i jeho blízké, zvláště pak rodinné příslušníky. (Wikipedie, alkoholismus [online])

Se závislostí má problémy 25% mužů a 5% žen. Závislost vzniká a vyvíjí se komplexním působením řady faktorů – **bio-psycho-sociálně-spirituální model**. „*U někoho se tedy rozvíjí závislost na základě excesivního pití pro psychologické problémy, jinde převažují genetické, vrozené dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol a rituály spojené s požíváním alkoholu a jiných návykových látek.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 91) Za biologické příčiny vzniku alkoholismu lze považovat např. už samotné těhotenství matky, zda sama matka byla závislá a plod se setkával s účinky alkoholu ještě před narozením (fetální alkoholový syndrom). Psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložním – např. prožívání stresových situací matky. V období postnatálním tlumivé účinky alkoholu řeší stávající stav – pocity selhání a frustrace, odcizení a nemilovnosti, apatii, nudu, nejistotu, nízkou sebedůvěru, bolest a naopak nabízí jedinci to po čem touží např. odvahu, vzpouru, únik, poznání, uvolnění a moc. „*Sociální úroveň si všímá vlivu vztahu s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Tyto vlivy zahrnují širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí ve kterém jedinec žije, až po specifitější a konkrétnější ovlivňování.*“ (Kalina a kol., 2003, s. 92)

Spirituální model - spiritualita je vztah k tomu co nás přesahuje, k čemu vzhlížíme jako k nejvyšší autoritě. K rizikovým faktorům v této oblasti patří absence duchovních hodnot a duchovní autority, chybějící smysl života, přílišné zaměření se k materiálním ziskům.

Vznik závislosti na alkoholu velmi dobře popisuje také „dispozičně – expoziční model“. Čím výrazněji se uplatňují faktory dispoziční (biologické, včetně genetické dispozice, osobnostní výbava, zdravotní stav, komorbidita aj.), tím menší podíl expozice je nutný a naopak, čím větší je expozice (dostupnost alkoholu, míra konzumace – množství,

---

<sup>2</sup> Světová zdravotnická organizace

frekvence, kvalita, koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice stačí ke vzniku závislosti. (Nešpor)

Příznakem rozvinuté závislosti bývá výrazná změna tolerance vůči alkoholu, následovaná výskytem odvykacích příznaků např. v podobě „ranních doušků“ (resp. potřeby odstranit symptomy nastupujícího odvykacího stavu doplněním hladiny alkoholu vzápětí po probuzení) a poruchami paměti (tzv. „okénka“). Alkoholická „okénka“ (palimpsesty) jsou typické výpadky paměti – akutní amnézie, při kterých si pacient nepamatuje, co dělal během intoxikace alkoholem. (Nešpor, 1993)

Důsledkem závislosti na alkoholu vzniká mnoho problémů spojených s každodenním životem jedince, mohou být postiženy tyto oblasti: práce nebo škola, zdraví, rodinné vztahy, sociální fungování a právní problémy.

J. Skála (1986) poukazuje na stádia a typy alkoholismu, které jako první popsal psychiatr E.M. Jellinek:

### **Stádia alkoholismu**

- Stádium počáteční – symptomatické: jedinec užívá alkohol za účelem potlačit nepříjemné pocity, dosáhnout příjemné nálady a přiblížit se k lidem, jež současně s ním alkohol užívají. Dávky a frekvence užívání alkoholu postupně stoupají;
- stádium varovné – prodromální: jedinec pije tajně a osamotě, stoupá tolerance;
- stádium rozhodné – kruciólní: tolerance je vyšší, jedinec je přesvědčený o tom, že dokáže pít s mírou, namlouvá si, že s pitím může kdykoliv přestat, potřebuje ho však denně a když ho nemá, trpí abstinenčními příznaky;
- stádium konečné – terminální: tolerance se najednou sníží, opilost nastupuje už po požití menšího množství, stav opilosti může trvat několik dní, člověk má jediný zájem – alkohol.

### **Typy alkoholismu**

- Typ alfa – *problémové pití*, abusus alkoholu, používané jako sebemedikace k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkosti, či depresivních pocitů, často pít osamotě;

- Typ beta – *společenské pití*, příležitostní abusus charakterizovaný sociokulturálně, častým pitím ve společnosti, charakteristickým následkem je somatické postižení;
- Typ gama – *anglosaský typ* s preferencí piva a destilátů, abusus charakterizovaný poruchami kontroly pití, postupným zvyšováním tolerance k alkoholu, s typickou progresí konzumace, následovanou somatickým a psychickým poškozením, výrazněji bývá vyjádřena psychická závislost;
- Typ delta – *románský typ* s preferencí vína, typická je chronická (denní) konzumace alkoholu, udržování hladinky alkoholu, bez výraznějších projevů ztráty kontroly a opilosti, výrazněji bývá vyjádřena somatická závislost s tělesným poškozením;
- Typ epsilon – *epizodický abusus* (dipsomanie – kvartální pijáctví) s obdobími delšími, občas úplná abstinence, nepříliš častý typ závislosti provázející někdy afektivní poruchy. (Kalina, 2003, s. 151)

### Kritéria alkoholismu podle MKN 10

1. „*Nastupující tolerance k účinkům alkoholu, takže je třeba značně větších množství k dosažení intoxikace či požadovaného účinku, anebo zřetelný pokles účinku při pití stejného množství alkoholu;*
2. *Fyziologické příznaky z odnětí při nižším nebo nulovém množství alkoholu jako projev charakteristického syndromu z odnětí (návykové) látky, anebo užití stejné (či blíže příbuzné) látky ke zmírnění nebo předejití příznaků z odnětí;*
3. *Setrvání v pití alkoholu navzdory jasné manifestaci<sup>3</sup> škodlivých důsledků, kdy závislý člověk pokračuje v pití, ačkoli si uvědomuje, anebo lze očekávat, že si uvědomuje charakter i rozsah poškození;*
4. *Alkohol se stává hlavním zájmem, což se projeví opouštěním nebo upozaděním důležitých alternativních zálib nebo zájmů z důvodu alkoholu nebo trávením spousty času činnostmi nutnými k opatření alkoholu, jeho konzumací zotavováním se z následků pití;*
5. *Narušení schopnosti ovládat své chování ve vztahu k alkoholu s ohledem na zahájení ukončení či množství konzumace, což se projeví tím, že je alkohol*

---

<sup>3</sup> projev

*konzumován ve větších množstvích nebo po delší dobu než bylo zamýšleno, nebo různými neúspěšnými snahami či neustálou touhou s alkoholem přestat nebo udržet kontrolu nad jeho konzumací;*

6. *Silná touha po alkoholu nebo silné nutkání pít alkohol.“*

(Alkohol a dostupná primární zdravotní péče [online], 2010)

### **Diagnóza závislosti na alkoholu**

Definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

1. *„Silná touha nebo pocit přijímat alkohol;*
2. *potíže v kontrole přijímání alkoholu, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství pití alkoholu;*
3. *tělesný odvykací stav, jestliže je alkohol přijímán s úmyslem zmenšit jeho příznaky nebo jestliže je přijímána příbuzná látka se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;*
4. *tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolanými nižšími dávkami alkoholu;*
5. *postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch přijímání alkoholu a zvýšené množství času k získání nebo přijímání alkoholu nebo zotavení se z jeho účinku;*
6. *pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků - jako poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného pití nebo poškození myšlení alkoholem.“* (Alkoholik, alkoholismus – definice, vysvětlení pojmů [online], 2010)

#### **1.2.1 Příčiny závislosti na alkoholu u žen**

Jedna třetina alkoholiků v populaci jsou právě ženy. Přesné údaje o počtu žen závislých na alkoholu neexistují, protože ženy pijí většinou samy, svůj problém se závislostí na alkoholu většinou skrývají a odbornou pomoc vyhledají až v poslední stádii. Často ani nejbližší okolí tak nemá ponětí o problému, který žena má.

Mezi biologické predispozice, které má žena, jsou menší játra, méně enzymů, které štěpí alkohol a nižší obsah vody v těle. Při požití stejné dávky alkoholu jako muž (o stejné váze a výšce) je hladina alkoholu v krvi takové ženy vyšší. Ženské tělo je vůči alkoholu méně tolerantní. Je dokázáno, že kromě rychlejšího účinku a pomalejšího odbourávání alkoholu, se

u žen vytváří závislost na alkoholu mnohem dříve než u mužů. (Nešpor, 2006, s. 107). Průměrná doba vzniku závislosti je podle Nešpora (2006) u ženy okolo dvou let a u mužů kolem pěti až deseti let. *„Rizikovým obdobím každé ženy je premenstruální období nebo přechod. Hormonální změny, které probíhají v těle, odchylují jejich metabolismus proti obvyklým standardům, tělo je při kontaktu s alkoholem citlivější.“* (Nešpor, 2006, s. 108). Důsledky nadměrné konzumace alkoholu u žen se také projevují na jejich zdravotním stavu mnohem dříve, než je tomu u mužů. To i přesto, že za normálních okolností jsou právě ony odolnějším pohlavím. V neposlední řadě se mění fyzický vzhled ženy. Změny jsou nejvíce patrné v obličeji (zarudlá kůže, popraskané žilky, matný pohled, opuchlý obličej apod.). *„Ztracená krása“* působí neblaze na sebevědomí ženy, jehož důsledkem je častější utápění svých pocitů v alkoholu (Heller, Pecinová, 1996, s. 28). Následky způsobené škodlivou konzumací alkoholu jsou u žen fatálnější než u mužů. Dále trvá jejich odstraňování, mohou ale také způsobit nevratné deformace. Například ve stavu deliria tremens, při kterém mohou na mozku vzniknout degenerativní poruchy často vedoucí k doživotní demenci.

Psychická predispozice – ženy jsou mnohem citlivější na životní komplikace, změny a nezdary, tudíž u nich vzniká větší riziko odchylek a poruch psychického zdraví na rozdíl od mužů. Ženy nejčastěji trpí depresemi, které se projevují dlouhodobou úzkostí, únavou a pokleslými náladami. Ženy většinou kombinují alkohol s léky, říká se tomu tzv. duální diagnóza.

*„Na současné vlně rozvoje závislosti u žen se významně podílí další prvek – zneužívání a následná závislost na lécích.“* (Heller, Pecinová a kol. 1996: 28).

*„Neléčená nebo nedostatečně léčená závislost u ženy má závažnější důsledky, než závislost u mužů, včasná a kvalitní léčba přináší lepší a trvalejší výsledky, než je tomu u mužů.“* (Heller, Pecinová a kol., 1996, s. 29).

Sociální predispozice - role ženy je sociálně konstruovaná. Očekává se od ní péče o rodinu, o děti, udržování sociálních kontaktů s okolím. Konzumace alkoholu a nekontrolované chování v opilosti jsou společností odsuzovány. *„Ke specifickým charakteristikám žen užívajících návykové látky patří především to, že jsou více stigmatizované a jejich problémy jsou více skrývané, tabuizované a méně uvědomované než problémy u mužů.“* (Kalina, 2008, s. 265)

Ženy jsou citlivé bytosti, a když nežijí v klidném a sociálně stabilním prostředí je vysoká pravděpodobnost vzniku alkoholismu.

Podle Edwardse rozvoj pijácké kariéry začíná vstupem do manželství, hlavním faktorem je výběr partnera, ten ji může např. fyzicky týrat.

Následně mohou být oba partneři alkoholici. Tato situace nastává v případě nefunkčního manželství. „*Mnoho žen si vytváří závislost na alkoholu vedle nebezpečně pijících mužů.*“ (Nešpor, 2006, s. 110)

Ženy zůstávají až desetkrát častěji po boku svého závislého manžela, než manželé po boku závislých žen. (Heller, Pecinovská a kol., 1996, s.78). Muži naopak tolerují pití ženy, dokud se o něm nedozví okolí (sousedé, spolupracovníci). To je pro ně většinou signál k ústupu a nezřídka ženy opouští. „*Žena – uživatelka drog[23], je společností vnímána jako dvojí deviant. Je deviantní nejen pro samotné užívání, ale zároveň zklamává ve své ženské roli.*“ (Eto 1992 in Vobořil 2003 in Kalina, 2008, s. 265).

Další z příčin může být např. rozvod, kdy žena zůstane na všechno sama, má děti a nachází se v ekonomické tísní a nemá se o koho opřít a tak její volbou úlevě od všech problémů se stane alkohol.

Ženy jsou závislé na vztazích. Pokud jsou vztahy zejména ty rodinné, na partnerovi a dětech narušeny, závislost na alkoholu se tak často vyvíjí ze vztahových problémů.

Jednou z dalších hrozeb návyku na alkoholu je období, kdy vzniká tzv. „syndrom prázdného hnízda.“ Její děti se osamostatní a ona se nemá o koho starat, je úzkostlivá a osamělá.

Žena s motivací bude v léčbě závislosti spíše úspěšnější, tudíž větší šanci na udržení léčby mají ženy, které mají dobré sociální a rodinné zázemí. Ženy, které žijí v klidném prostředí, vycházejí se svými blízkými, jejich partnerský vztah je harmonický, mají uspokojivé a bezkonfliktní zaměstnání, alkohol prakticky nepotřebují. Čím více faktorů není splněno, tím je sklon k pití vyšší (Mlčoch, [online], 2003-2012).

### **Možnosti léčby v ČR**

- Ambulantní léčba
  - žena většinou chodí do zaměstnání a navštěvuje poradnu;
  - forma stacionáře (DPS Ondřejov).
- Ústavní léčba v psychiatrické léčebně
  - pobyt na uzavřené oddělení, trvání od 5 do 16 týdnů (první pobyt nejméně 11 týdnů);
  - začíná detoxifikací (délka dle závažnosti odvykacího stavu).

- režimová léčba - pevný řád, bezpečné prostředí bez alkoholu a drog, role, psychoterapie (hlavně skupinová), výtvarné činnosti, biblioterapie, hipoterapie, cvičení a další.

### **Odvyskací stav**

Projevy, které jsou s odvyskacím stavem spojeny, jsou třes rukou, víček a jazyka, závratě, pocení, zvracení, bolesti hlavy, poruchy spánku, úzkost, porucha koordinace pohybů, zvýšená tepová frekvence, malátnost nebo slabost, křeče typu grand mall, mohou se objevit i halucinace.

Během několika dní tyto stavy odeznívají, avšak mohou se objevit komplikace, jako křeče nebo život ohrožující (5-15% úmrtnost) delirium tremens (Kalina, 2003).

K léčbě může člověk nastoupit dobrovolně nebo z nařízení soudu. Z těchto dvou možností je jistě lepší variantou, pokud se člověk rozhodne sám. Předpokládá se, že takový člověk si je vědom své nemoci, vidí důsledky, které jsou s požíváním alkoholu spojeny a uvědomuje si potřebu pomoci. V opačném případě, kdy člověk není přesvědčen o problému, který má, je léčba méně efektivní a je pravděpodobné, že s požíváním alkoholu nepřestane (Mlčoch, [online], 2003-2012).

Pro těhotné ženy se závislostí na alkoholu nejsou v ČR vytvořeny moc dobré podmínky, které by vedly k úspěšné léčbě, pokud nemá dostatečnou sociální podporu okolí. V případě drogově závislých matek je podpora státu mnohem příznivější.

### **Centrum pro rodinu DROP IN o. p. s.**

Heslo, kterým se řídí program centra pro rodinu DROP IN je: „Děti patří domů“, pokud je to možné. Cílovou skupinou programu jsou gravidní klientky nebo klientky pečující o děti. Do týmu odborníků, kteří pracují s klientkami, patří psychoterapeut, vedoucí psycholog, psychiatr, speciální pedagog, sestra, porodní asistentka a supervizor. Hlavním cílem je klientky motivovat a směřovat k abstinenci od návykových látek a alkoholu, tedy abstinence matek. Matky jsou zařazeny do dvouletého strukturovaného léčebného programu, který je ambulantní. Není-li matka schopná docházet pravidelně nebo nedodrжуje pravidla programu a léčba je neefektivní, je přearžena do programu ústavní formou k terapeutické komunitě Karlov. Tento program je třífázový. *První fáze*, se nazývá *nízkoprahová* a trvá 1-6 měsíců. Ženy sem přicházejí ze substitučních programů DROP IN, o.p.s., porodnic nebo jsou odesílány z OSPOD (odbor sociálně právní ochrany dětí). V této fázi je důležité matku

směřovat k abstinenci, pomoci ji získat a osvojit si sociální dovednosti v oblasti spolupráce s institucemi a porodníky. V *druhé fázi tematické* následuje monitoring abstinence, spolupráce v substitučním programu a vývoj sociálních dovedností. U gravidních klientek probíhá příprava k porodu. Možnost asistenční služby při vyjednávání záležitostí na úřadech a u soudu. Ve *třetí fázi růstové* jsou klientky, které prošly dlouhodobou spoluprací s programem (uplynutí 10 - ti měsíců od nastoupení do programu). Tato fáze trvá dalších 10 měsíců. Klientky jsou zde už zdravotně a sociálně stabilizované, jejich postoje k užívání návykových látek a alkoholu jsou upevněny. Po ukončení dvouletého strukturovaného programu je klientce nabídnut doléčovací program.



### 1.3 Vliv alkoholu v těhotenství

První zmínky o škodlivém působení alkoholu na plod pochází z 18. století z Anglie. Už tenkrát sdružení lékařů vydalo, že alkoholičkám se nápadně často rodí děti slabé, nemocné a se stařeckým vzhledem. Fetální alkoholový syndrom byl poprvé popsán v lékařské literatuře ve Francii Lemoine et al. v roce 1968.

V České republice konzumuje alkohol před otěhotněním 3/4 žen. Z nich třetina pokračuje v pití během prvních 3 měsíců těhotenství, dalších 16 % i mezi 3 až 6 měsícem (Kukla, 1999). Studie, která byla publikovaná v roce 2003 Rouleau a spol. v Kanadě uvádí, že dívky poškozené alkoholem během těhotenství své matky častěji pijí alkohol v době, kdy jsou samy těhotné. Jak už bylo řečeno výše, ženy jsou známy tím, že svoji závislost na alkoholu skrývají, pijí samy a nikdo z nejbližšího okolí nemusí vůbec tušit, že má žena nějaký problém. Ve své závislosti tak může pokračovat i v době těhotenství a její závislost je pak odhalena až na základě narození postiženého dítěte nebo předčasného porodu a následným úmrtím dítěte. Závislost na alkoholu ovlivňuje komplex sociálních, fyzických a emocionálních faktorů. Značný podíl na takovém chování těhotné ženy může mít sama osobnost matky např. různé traumatické zkušenosti v dětství a dospívání např. týrání jak psychické tak i fyzické nebo také sexuální zneužívání a dědičné vlivy. Bylo prokázáno, že závislost na alkoholu se dědí. To znamená, že tyto problémy se přenášejí nejen z matky na dítě, ale i do dalších generací.

Alkohol je pro plod nebezpečný v průběhu celého těhotenství, ale nejvíce během prvních tří měsíců, kdy žena ještě nemusí o těhotenství vědět. Pití alkoholu v průběhu těhotenství by se měla žena úplně vyvarovat, neexistuje totiž žádná bezpečná hranice.

*Alkohol má teratogenní účinky v průběhu celého těhotenství:*

- **V prvním trimestru** může alkohol ovlivnit růst a dělení buněk, způsobuje úbytek mozkových buněk v konečné fázi je tímto mozek menší a často se neurony nacházejí na nesprávném místě. To vše může vysvětlovat zpomalený růst a nízkou porodní váhu. V tomto období je nejvyšší riziko vzniku abnormálních rysů;
- Pro **druhý trimestr** se stává největším rizikem pro potrat, nastává po nárazovém pití;
- **Třetí trimestr** je nejdůležitějším obdobím pro vývoj mozku a centrálního nervového systému, je to období, které je charakteristické nejrychlejším

vývojem a růstem. Vliv alkoholu může celý proces zpomalit a snížit vývoj intelektových funkcí. (Facts about alcohol use during pregnancy [online], 2002)

Žena, která je závislá na alkoholu a plánuje těhotenství, by měla od užívání upustit a na nějakou dobu své tělo nechat detoxikovat. Je-li tomu naopak a žena otěhotnění neplánově, měla by hned s pitím přestat.

Alkohol se dostává do krve matky a přes placentu i do krve plodu a poškozuje jeho mozkovou tkáň. Bylo prokázáno, že škodlivý vliv na plod má denní dávka od 60 - 80 g čistého alkoholu a škodlivá může být již poloviční dávka, tedy 30 g alkoholu denně. Není možné, aby plod odbourával alkohol stejnou rychlostí jako matka. Tuto funkci plní játra a jejich rychlost u nenarozeného dítěte je podstatně nižší a plod je pod vlivem alkoholu delší dobu. Játra matky jsou schopna odbourávat alkohol rychlostí asi půl litru (alkoholu) každé dvě hodiny.

Určit přesné dávky (množství) alkoholu, které jsou nebezpečné pro vývoj plodu je velmi obtížné (Rotgers, F., et al., 1999, s. 264). Jiné studie (Streissguth, 1990; Jacobson, 1994) ukázaly, že děti narozené matkám, které konzumují v průměru jeden až dva drinky denně, jsou vystaveni zvýšenému riziku poruch učení a dalších kognitivních a behaviorálních problémů.

Přílišná konzumace alkoholu v těhotenství může vést k potratu nebo k poškození plodu. Právě alkohol se považuje ve vyspělých zemích za nejčastější příčinu mentální retardace. Důsledkem zneužívání alkoholu může být vznik některé z poruch fetálního alkoholového spektra *Fetal Alcohol Spectrum Disorder* (dále jen FASD), z nichž nejzávažnější je právě fetální alkoholový syndrom (dále jen FAS).

### 1.3.1 Poruchy fetálního alkoholového spektra

*„FASD je pravděpodobně nejpodstatnějším socio-medicínským problémem naší společnosti, který se dotýká nevinných jedinců, rodin a komunit. Lze mu zcela zabránit, a proto, co se již s tímto problémem potýkají, musíme udělat vše, pro minimalizaci jejich životních problémů.“*

*Dr. Ted Rosales, FASD expert a badatel*

Poprvé je termín fetální alkoholový syndrom popsán v roce 1973 doktorem Jonesem a Smithem z washingtonské univerzity. Na základě vzorku osmi dětí tří různých etnických skupin o nichž věděli, že byly během prenatalního období vystaveny expozici alkoholu, popsaly fetální alkoholový syndrom.

Je-li plod během prenatalního období vystaven vlivu alkoholu, hrozí mu porucha alkoholového spektra tzv. *Fetal alcohol syndrome disorders* (FASD). Alkoholové poruchy se řadí podle závažnosti a jsou celkem čtyři. Nejzávažnější poruchou FASD je *Fetální alkoholový syndrom* (FAS). FAS je trvalý a nevyléčitelný. Jedná se o nevratné poškození plodu, jaké nastává u potomků žen, které konzumují alkohol během těhotenství.

#### Klasifikace FASD

- *Fetal Alcohol Syndrome* – fetální alkoholový syndrom (FAS);
- *Partial Fetal Alcohol Syndrome* – částečný fetální alkoholový syndrom (pFAS);
- *Alcohol-Related Birth Defects* – s alkoholem spojené novorozenecké funkční poruchy (ARBD);
- *Alcohol-Related Neurodevelopment Disorder* – s alkoholem spojená porucha nervového vývoje (ARND), tato porucha se projevuje pouze v psychické oblasti dítěte. (Diagnosing Fetal Alcohol Syndrome [online], 2010)

#### Diagnostika FASD

Povědomí o FASD je v ČR poměrně nízké. Diagnostika je podceňována a většinou stojí jen na abnormalitách, které jsou na první pohled viditelná. V roce 1997, ve státě Washington Centrum pro diagnostiku a prevenci FAS, byla stanovena diagnostika, která vycházela z výsledků dětí, které byly vystaveny expozici alkoholu v prenatalním období. Byl stanoven tzv. *FASD 4-Digit Diagnostic Code* (4 - místný diagnostický kód). Každý ze čtyř

číslic se používá pro klasifikaci závažnosti v následujícím pořadí: (1) deficity v růstu (2) typické znaky v obličeji (3), poškození nebo dysfunkce centrální nervové soustavy a (4) prenatální expozice alkoholu. Na základě studií v San Diegu bylo zjištěno, že ženy, které užívaly alkohol v těhotenství, ale jejich děti nemají diagnózu FASD, mají stejné nebo podobné neurologické poruchy jako u těch, co diagnózu mají. (Fas Community Resource Center [online], 2003)

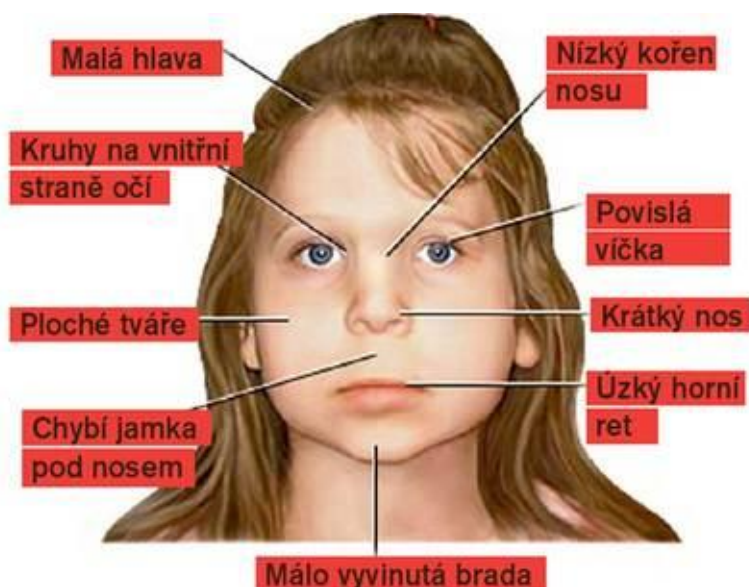
Žižka, J. 1994 stanovil základní diagnostická kritéria (1) mikrocefalie (2) malý vzrůst prenatální a postnatální (3) zúžení očních víček (4) abúzus alkoholu v těhotenství matky.

### **Symptomy FASD**

FASD zahrnují širokou škálu příznaků, na nichž se dá stavět diagnóza. Mezi příznaky poruch fetálního alkoholového spektra patří:

Abnormality v obličeji:

- malá hlava;
- epicanthus, oční štěrbiny jsou úzké;
- nízký kořen nosu;
- krátký, obrácený nos;
- rýha mezi nosem a rtem chybí (philtrum);
- ploché tváře;
- ušní anomálie, znetvoření a nízké posazení uší;
- tenký horní ret;
- málo vyvinutá brada;
- povislá oční víčka;
- tenký a hladký horní ret.



Obr. 1: Specifika FAS (Mlčoch, Z. [online], 2003-2011)

Diagnóza se lépe stanovuje u kojenců a malých dětí podle přítomnosti CNS a typické obličejové morfologie, komplikované může být určení diagnózy u dětí starších dvou let. Charakteristické rysy obličeje a deficity v růstu se mění věkem a jsou rozdílné u různých etnických skupin. (Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky [online], 2011)

#### Deficity v růstu:

- nízká hmotnost, ta souvisí s poruchou ukládání tuků;
- zpomalený růst.

#### Deficity skeletu:

- deformace žeber, hrudní kosti;
- křivá páteř;
- abnormální záhyby dlaně;
- omezený pohyb kloubů;
- vykloubení kyčelního kloubu;
- malá lebka;
- nadměrné ochlupení;
- zakrnělé nehty na rukou a nohou.

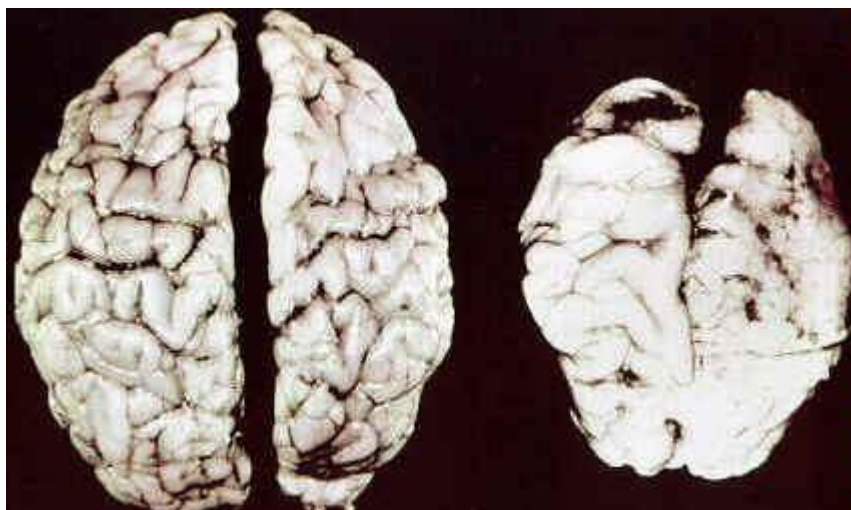
#### Defekty orgánů:

- srdeční vady, srdeční šelesty;
- nedokončený vývoj mozku;

- pupeční nebo brániční kýla;
- genitální malformace;
- anomálie ledvin (bývají menší);
- sluchové vady.

#### Centrální nervový systém:

- mikrocefalie;
- vadné uspořádání buněk a mozkových tkání;
- lehká až těžká mentální retardace;
- poruchy učení;
- špatná paměť;
- nedostatek fantazie a zvědavosti;
- špatné jazykové dovednosti;
- špatná schopnost řešit problémy;
- porucha pozornosti;
- špatná koordinace;
- podrážděnost v kojeneckém věku;
- hyperaktivita u dětí;
- poruchy spánku;
- špatná koordinace;
- poruchy týkající se pohybových dovedností, smyslového vnímání a pohybové koordinace;
- neschopnost porozumět sociálním situacím;
- poruchy vyjadřování;
- špatná schopnost abstraktního myšlení;
- problémy při počítání;
- horší paměť;
- soustředění i úsudek;
- autistické znaky.



Obr. 2: (Alcohol problems, [online], 2011)

#### Poruchy chování

- Úzkost;
- nesoustředěnost;
- impulzivita;
- psychiatrické problémy;
- kriminalita;
- chronická nezaměstnanost;
- nedokončené vzdělání;
- nevhodné sexuální chování (sexuální návrhy, dotýkání, promiskuita, voyeurism, masturbace na veřejnosti, incest, obscénní telefonáty), děti s FAS s IQ pod 70 mají tendenci dostat se do potíží za nevhodné dotýkání a onanování na veřejnosti (Facts about fetal alcohol syndrome [online], 2010);
- problémy se zneužíváním návykových látek.

### 1.3.2 Fetální alkoholový syndrom

Fetální alkoholový syndrom je nejzávažnější formou z FASD. Podle Světové zdravotnické organizace se ročně na světě z každé tisícovky narozených dětí narodí dvě děti s fetálním alkoholovým syndromem. V Evropské unii žije 60 000 lidí, kteří trpí fetálním alkoholovým syndromem. Celosvětové studie odhadují, že počet jedinců narozených s FAS je kdekoli od 0,33 až 2,9 případů na 1000 živě narozených dětí. Ve Spojených státech, u afričtích Američanů je asi 6 případů s FAS na 1000 narozených. (Alcohol problems [online], 2011)

Děti s FAS jsou v prvních měsících života obvykle velmi plačtivé, podrážděné a neklidné. Děti s tímto syndromem se ve většině případů rodí s nízkou porodní váhou, bývá u nich prokazatelný hypotonický syndrom, porucha růstu s mírným až středním opožděním vývoje, mikrocefalie, zvýšená kojenecká iritabilita<sup>4</sup> (Abúzus alkoholu v těhotenství a jeho důsledky [online], 2011)

Vykazují autistické znaky, mají horší sociální schopnosti, problémy s navazováním kontaktů s matkou i jiným okolím. Mohou se objevit poruchy příjmu potravy. Objevují se také obtíže s polykáním, první náznaky v koordinaci pohybů. Můžeme sledovat i poruchy spánku (Novotný, 2007, s. 149).

Problémy u dětí s FAS, Arnd a ARBD jsou hlavně v oblasti chování. Jsou mezi nimi jedinci, kteří nemohou fungovat nezávisle ve společnosti. Tyto problémy se liší v závislosti na jednotlivci. Patří mezi ně: hyperaktivita, tvrdohlavost, vznětlivost, pasivita, nebojácnost, popudlivost, potíže se spánkem a šikana druhých. Dále mohou zahrnovat přecitlivělost na zvuk, potíže se změnou, organizační problémy, deprese, problémy se záškoláctvím a problémy v oblasti sexuality. V zásadě mají tendenci být velmi společenští, ostatní jej však považují za rušivý element. Bývají velmi upovídané, ale už jim nejsou známa společenská pravidla. Vyžadují si pozornost a to i negativní. Vzhledem k jejich sociální nezralosti mají problémy s navazováním přátelství a to zejména s dětmi stejného věku. Děti s FAS často vykazují nevhodné chování, které je způsobeno poruchou logického myšlení. Nejsou schopny zvážit důsledek své činnosti. Jsou snadno ovlivnitelní.

U předškolních dětí se můžeme setkat s vývojovým a řečovým opožděním, stejně tak se objevují i známky hyperaktivity, podrážděnosti a roztěkanosti.

V období školní docházky lze vysledovat problémy s horší adaptací na školní prostředí. Děti prenatálně vystavené expozici alkoholu vykazují celou řadu problémů s jazykem a pamětí. Deficity v učení dovedností přetrvávají i do dospělosti. Ještě výrazněji se projevují problémy s řečí, vývojové poruchy, specifické poruchy učení. Tyto děti mají problémy s pozorností, dochází ke špatnému diagnostikování, kdy FAS bývá zaměňován s ADHD<sup>5</sup>. U dětí s ADHD dochází k potížím s udržením pozornosti v průběhu času. Na rozdíl dětí, které byly vystaveny alkoholu prenatálně, byly schopny soustředění a udržení pozornosti, ale projevovaly potíže při změně pozornosti z jednoho úkolu na druhý. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [online], 2001)

---

<sup>4</sup> Nadměrně zvýšená citlivost, dráždivost

<sup>5</sup> Syndrom deficitu pozornosti s hyperaktivitou



Děti s ADHD a FASD mívají stejné potíže v oblasti vzdělávání a chování. V roce 2009 proběhly studie v Kalifornii na Univerzitě psychologie v San Diegu, která byla zveřejněna v červnu 2011. Výzkumníci se zabývali rozdíly mezi dětmi prenatálně vystavenými alkoholu s projevy ADHD a dětmi s ADHD. Zkoumána byla oblast učení a zapamatování si informací. Děti s prenatální expozicí alkoholu měly problém s prvotním vybavením si probírané látky, byly schopny si vzpomenout až později na to, co se dozvěděly. Naproti tomu děti s ADHD, byly schopny reagovat ihned potom, co jim byla informace sdělena, ale měly problém s jejím uchováním. Pro děti s prenatální expozicí to znamená, že mohou mít problém se zapamatováním si pokynů svých učitelů a rodičů. (My health new daily [online], 2011)

Děti s FAS vykazují zpomalené reakce na podněty, hůře zpracovávají informace. Tyto děti mívají výrazné problémy s pochopením vztahů, např. nerozumí principu příčiny a důsledku, mají velmi malou schopnost morálního usuzování, empatie. Těžko ovládají vlastní potřeby a je pro ně obtížné kontrolovat své chování. Nedostatky jsou i v činnostech, která vyžadují abstraktní myšlení jako je plánování a organizace. Mají problémy s vytrvalostí, nedořeší úkol, jsou roztěkané a impulsivní. Tyto vlastnosti způsobují problémy v učení. (Fetal alcohol exposure and the brain [online], 2010).

Intelekt u dětí s FAS bývá v pásmu lehké mentální retardace, ale může se pohybovat i v pásmu normy.

Podle zahraničních zdrojů je možné, že některé poruchy autistického spektra (dále jen PAS), obzvláště Aspergerův syndrom<sup>6</sup> (dále jen AS) souvisejí s prenatální expozicí alkoholu. Vědci se domnívají a existují důkazy, že jedním z možných faktorů způsobujících PAS je právě FAS.

### **Sekundární obtíže u FAS**

U dětí, které se narodily s FAS, mohou vzniknout sekundární potíže, problémy, které mohou získat druhotně v důsledku FAS. Výzkum ukázal, že děti s FAS mají zvýšené riziko vzniku těchto onemocnění:

- Psychiatrická onemocnění;
- psychologické dysfunkce;
- jiné závislosti na návykových látkách;
- a deprese.

---

<sup>6</sup> Porucha autistického spektra, která se vyznačuje narušením v sociální oblasti, komunikace a představitosti. Mívají průměrné až nadprůměrné intelektové schopnosti.

U některých dětí byly hlášeny úzkostné stavy, poruchy příjmu potravy a postraumata.

U dětí s FAS se můžeme setkat s patologickými jevy. Statistiky ukazují, že dospívající a mladí dospělí s FAS jsou mnohem častěji v kontaktu s policií a soudním systémem než ti kteří FAS nemají. Jedním z důvodů patologického chování je jejich snadná ovlivnitelnost. Mohou s ním manipulovat lidé se špatnými úmysly, a tak se mnozí z nich účastní protiprávního jednání, aniž by o tom věděli.

O kriminálním chování těchto dětí vypovídá i případ, jež se stal v Britské Kolumbii. Kdy dvacetiletý Trott, který trpí FAS, zavraždil devítiletou holčičku Jessicu. Jeho trestní rejstřík byl už před vraždou velmi bohatý, několik případů krádeží, napadení a násilí. Vzhledem k jeho vrozené vadě není schopen ovlivnit úsudek a pochopit následky svých trestných činů.

Některé studie zjistili, že u 1/3 osob s FAS se rozvine závislost na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Problémy tohoto druhu mohou vést např. k nechráněnému sexu, nechtěnému těhotenství a druhé generaci dětí s FAS.

Dospělí s FAS mají problémy s pracovním uplatněním, nedaří se jim žít nezávisle a nejsou produktivními členy společnosti.

Jedinci s FAS, podle vědců vykazují častěji nevhodné sexuální chování, např. nevhodné návrhy a dotýkání. (Secondary conditions associated with fetal alcohol syndrome [online], 2010).

Jistá texaská společnost pro adopci vyvinula několik strategických klíčů k úspěšné práci pro rodiče dětí s FASD. Mezi tyto efektivní strategie patří:

- Podpora nezávislosti, svépomoci;
- dát dítěti možnost volby a rozhodnutí;
- zaměřit na nácvik každodenních dovedností;
- podpořit pozitivní vnímání sebe sama;
- časté připomínání pravidel;
- stanovit postupy, aby dítě bylo schopno předpovědět nadcházející události;
- dát dítěti včasné varování, že činnost bude brzy změněna;
- dávat dítěti přestávky a práci rozdělovat na malé části;
- být konkrétní.

Nutná je i disciplína:

- Nastavení hranic;
- důslednost;
- nevyhrožovat;
- včasné zakročení, aby se nežádoucí chování nestupňovalo;
- nediskutovat o již stanovených pravidlech: „Prostě to udělej!“;
- správná motivace, změny v odměňování – atraktivita odměn.

Na těchto zahraničních serverech mohou rodiče najít, vynikajícího a velmi podrobného průvodce výchovou dětí s FAS.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> [http://www.dfps.state.tx.us/Adoption\\_and\\_Foster\\_Care/pdf/fas-1.pdf](http://www.dfps.state.tx.us/Adoption_and_Foster_Care/pdf/fas-1.pdf)  
[http://www.dfps.state.tx.us/Adoption\\_and\\_Foster\\_Care/pdf/fas-2.pdf](http://www.dfps.state.tx.us/Adoption_and_Foster_Care/pdf/fas-2.pdf)

## 2 Systém náhradní rodinné péče v ČR

### Rodina

Existuje mnoho definic rodiny od mnoha autorů. Sekot definuje rodinu takto: *„Rodina je soubor lidí spojených krví, manželstvím, adopcí a sdílející zodpovědnost za reprodukci a péči o členy společnosti, zabezpečení biologického přežívání, citového a rozumového vývoje a místa společenské kontroly v procesu socializace.“*

*„Rodina je místo, kde se jedinci dostává přirozenou formou četných podnětů a zkušeností, kde se na každém kroku učí přístupu ke skutečnosti a kde si osvojuje základy svého sociálního chování.“* (Jůva, 1997, s. 99).

### 2.1 Náhradní rodinná péče

Matějček a kol. 1999 rozlišují dva pojmy. Náhradní výchovnou péči a náhradní rodinnou péči. Náhradní výchovnou péči popisuje jako formu péče o děti, které nemohou být z nejrůznějších důvodů vychovávány ve vlastní rodině. Většinou se jedná o péči ústavní, v níž je dítě vychováváno až do dospělosti.

Náhradní rodinná péče NRP je forma péče o děti, kdy je dítě vychováváno náhradními rodiči, v prostředí, které se nejvíce podobá životu v přirozené rodině. (Matějček, Z., 1999, s. 31).

*„Zprostředkování náhradní rodinné péče se řídí zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů a Zákonem o rodině. Ze zákona o sociálně právní ochraně dětí vyplývá, že zprostředkování náhradní rodinné péče (osvojení nebo pěstounské péče) v rámci České republiky je pouze v kompetenci krajských úřadů, Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV) a Úřadu pro mezinárodně právní ochranu dětí v Brně. Krajské úřady a MPSV zprostředkovávají osvojení a pěstounskou péči v rámci České republiky, Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí v Brně zprostředkovává osvojení dětí do ciziny a osvojení dětí z ciziny do České republiky“* (Zprostředkování osvojení a pěstounské péče, [online], 2009).

Aby mohl soud rozhodnout o osvojení nebo o svěřením dítěte do pěstounské péče, musí nejprve proběhnout několik činností. Tyto činnosti uskutečňují orgány sociálně-právní ochrany (dále jen SPO) a též soudy.

Zákon o SPO upravuje postup žadatelů při uplatňování žádostí o osvojení nebo o svěřeni do pěstounské péče a postup orgánů SPO při vyhledávání vhodných osvojitelů nebo pěstounů pro děti, které trvale nebo přechodně nemohou vyrůstat ve své vlastní rodině a pro které je třeba zajistit péči v náhradní rodině.

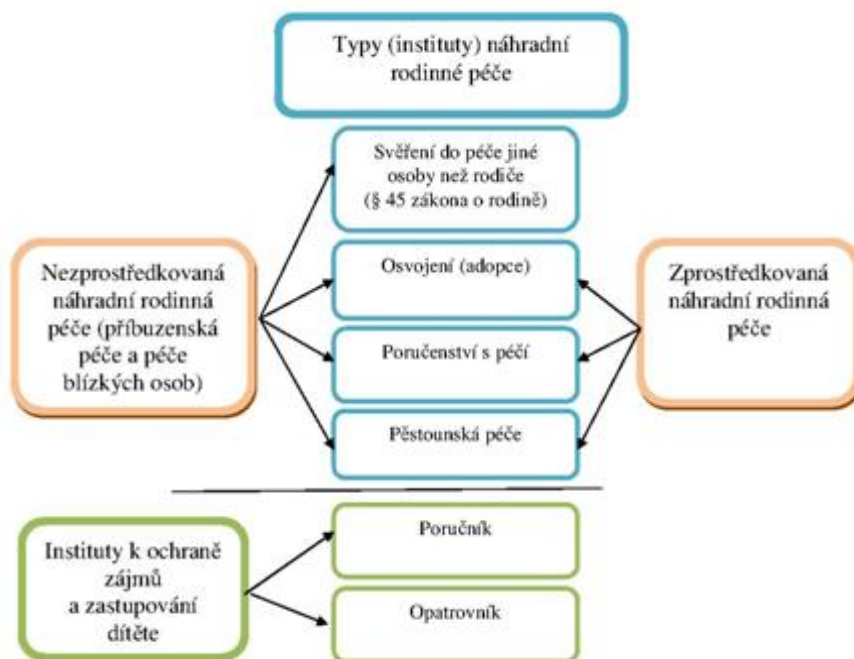
Proces zprostředkování má několik fází a podle § 20 zákona o SPO spočívá:

- Ve vyhledávání dětí vhodných k osvojení nebo ke svěřeni do pěstounské péče;
- ve vyhledávání fyzických osob vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny;
- v odborné přípravě fyzických osob vhodných stát se osvojiteli nebo pěstouny k přijetí dítěte do rodiny;
- ve výběru určité fyzické osoby vhodné stát se osvojitelem nebo pěstounem určitého dítěte, jemuž se osvojení nebo pěstounská péče zprostředkovává a v zajištění osobního seznámení se dítěte s touto osobou.

(Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2009).

## Formy náhradní rodinné péče

Schéma č. 11 – typy NRP a instituty k ochraně zájmů dítěte



Obr. 3 (Středisko náhradní rodinné péče [online], 2011)

### 2.1.1 Svěření do péče jiné osoby než rodiče

Soud může svěřit dítě do péče jiné osoby, pokud to vyžaduje jeho zájem. Podle Bubleové je hlavní podmínkou, aby poskytovala záruku zdárné výchovy dítěte. Soud v mnoha případech dává přednost příbuznému dítěti nebo někomu s kým má dítě vybudovaný pevný vztah. Vždy je rozhodnuto tak, aby nebylo ublíženo dítěti. Osoba o dítě pečuje, vychovává ho a další práva povinnosti jsou vymezeny soudem. Rodičovská odpovědnost je vymezena soudem.

### 2.1.2. Pěstounská péče

#### *Historie*

Za předchůdce pěstounské péče lze považovat tzv. instituce kojných. Šlo o placenou službu, které využívaly zejména ženy vyšších tříd. Kojení si kupovaly za peníze či jiné materiální výhody. Instituce kojných, chůvy, opatrovnice a pěstounky byly známé už ve starověku v městských státech řeckých a Římě.

Matějček a kol. uvádí, že chůvy a kojné běžně patřily mezi služebnictvo panovnických dvorů ve středověké Evropě. Na konci 18. st. v době osvícenství se začaly zřizovat nalezince. Placené kojné a chůvy byly nadále, už se jim však dostalo úředního názvu „pěstounů“. Děti z nalezince po narození odcházely na venkov ke kojné do „ubohých“ poměrů a pobývaly u ní šest let. Pěstounka dostávala plat, který byl vzhledem k věku dítěte místo vzestupného rázu, jak je to dnes, sestupný. Plat dostala po každoměsíčním prohlášení místního faráře, že je dítě stále naživu. Ošacení si tehdejší pěstouni platili sami. Na kontroly pěstounské péče se platili lékaři.

Když dítě dovršilo šesti let, dosáhlo tzv. normálního věku a muselo být vráceno zpět do ústavu. Dítě mohlo zůstat v rodině jen v tom případě, že by pěstouni dítě živili už jen na své vlastní náklady. Z ústavů potom tyto děti přešly do kláštera v Karlíně, odkud byly posílány do své domovské obce. Často se pak stávalo, že místo toho, aby zde o děti bylo postaráno, chodily žebrat. I na základě těchto důvodů začaly vznikat okresní sirotčince.

Jistý pokrok byl zaznamenán ještě do první světové války. Zemský výbor v Čechách pro děti a mládež zřizuje v r. 1902 sirotčí fond, vznikají Okresní komise pro děti a mládež, jejímž úkolem je starat se o děti opuštěné a osiřelé.

Po roce 1918 se pěstounská péče dělila do čtyř typů. *Pěstounská péče nalezenecká* pro kterou bylo typické, svěřovat děti do péče manželům, a to do určitého věku dítěte. Většinou se vracelo do ústavu do deseti let, později do šestnácti let. Kontrolu nad péčí o svěřené děti zajišťoval ústav. Druhým typem byla *pěstounská péče řízená a kontrolovaná Okresními*

*péčemi o mládež.* Po roce 1921, když byl vydán zákon o ochraně dětí v cizí péči a dětí nemanželských, sociální pracovníci okresech péči vyhledávali pěstouny, které by byli schopny zajistit dítěti výchovu. Museli být mravně bezúhonné, v dobrém fyzickém i psychickém stavu, se zaměstnáním a stálým bydlištěm, a především zajistit dítěti řádnou výchovu. Třetím typem *byla pěstounská péče v tzv. koloniích*, byly zakládány rodinné kolonie v určité obci a v několika sousedních obcích i okresů. Sociální pracovníci tak měli rodiny v blízkém okolí a mohli pak pomáhat např. s výchovou. Posledním typem pěstounské péče byla *soukromá dohoda mezi rodiči a pěstouny* bez soudního jednání.

Po roce 1948 byly nalezinice přejmenovány na *Ústavy péče o dítě*. (Matějček, 1999)

### *Současnost*

V dnešní době je pěstounská péče upravena zákonem o rodině č. 94/1963, zákonem č. 359/1999 o sociálně právní ochraně dětí a také zákonem č. 117/1995 o státní sociální podpoře.

*„Pěstounská péče je zvláštní formou státem zřízené a kontrolované náhradní rodinné výchovy, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnou těm, kteří se ho ujali.“* (Matějček, 1999 s. 26 - 27)

Pěstounská péče je určena dětem, které nemohou být ze zdravotních nebo sociálních důvodů osvojeny. Je to státem garantovaná forma náhradní rodinné péče, vzniká rozhodnutím soudu a jedině soud může rozhodnout o zrušení pěstounské péče. Výhodou pěstounské péče je, že dítě není v ústavu a může vyrůstat v rodinném prostředí. Existují dvě skupiny pěstounské péče - *individuální a skupinová*.

*Individuální pěstounská péče* probíhá v běžném rodinném prostředí. Děti, které jsou svěřovány do pěstounské péče nejsou tzv. „*právně volné*“ tzn., že jejich rodiče nedali souhlas k osvojení. Mohou tedy o děti projevovat zájem, ale jejich situace neumožňuje, aby se mohli o dítě starat a do budoucna se nepředpokládá, že by mohli svou situaci zlepšit. Pokud je nízká pravděpodobnost, že by byli matka či otec schopni se o dítě postarat, soud zruší ústavní výchovu a dítě svěří do pěstounské péče.

Pěstoun zastupuje dítě v běžných věcech, k výkonu mimořádných událostí musí žádat zákonného zástupce prostřednictvím OSPOD<sup>8</sup> a soudu.

Povinností pěstouna je pečovat o dítě a vykonávat rodičovská práva a povinnosti, vůči dítěti však nemá vyživovací povinnost (Matoušek, 2003, s. 144). Tuto povinnost má stát. Poskytuje pěstounům státní podporu formou jednotlivých dávek: *přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, příspěvek na úhradu potřeb dítěte* (nejdélo do 26-ti let věku v případě, že je dítě

---

<sup>8</sup> Orgán sociálně-právní ochrany dětí

nezaopatřené např. studuje), *odměna pěstouna, jednorázový příspěvek při převzetí dítěte a příspěvek na zakoupení motorového vozidla*.

K individuální pěstounské péči patří i *pěstounská péče na přechodnou dobu*. Tento nový institut platí od roku 2006 a je součástí systému náhradní rodinné péče. Je určena pro děti, které náhle nemohou zůstat ve své rodině. Je však předpoklad, že se po pominutí velmi vážných důvodů mohou vrátit zpět do vlastní biologické rodiny např. dlouhodobá hospitalizace rodičů. Jejich situace však neodpovídá osvojení nebo dlouhodobé pěstounské péči. Tyto děti mohou být umístěny do pěstounské péče na přechodnou dobu.

Druhým typem je *skupinová pěstounská péče* probíhá v tzv. zvláštních zařízeních pro výkon pěstounské péče v SOS dětských vesničkách. První SOS dětská vesnička vznikla v Rakousku v roce 1949. Odtud se rozmohla do celého světa. Zakladatelem byl pan Hermann Gmeiner. Vznik je spojen s problémy, které nastaly po druhé světové válce, kdy mnoho dětí přišlo o své rodiče. Hlavním zájmem bylo zřídit takové zařízení, které se bude co nejvíce podobat skutečné rodině. První SOS dětská vesnička u nás vznikla v roce 1969 v Karlových Varech. Koncem roku v roce 1973 byla otevřena vesnička ve Chvalčově. V roce 2003 byla zkolaudována třetí dětská SOS vesnička v Brně – Medlánkách.

Vesničku tvoří zpravidla 12-15 rodinných domků. Matka - pěstounka se stará o max. 7 dětí, které nikdy se neoddělují a společně vyrůstají se sourozenci. Tato matka ve věku 24-40 let, se rozhodla zasvětit svůj život svěřeným dětem. Nemá své vlastní děti a jednou z podmínek je, že musí mít minimálně středoškolské vzdělání. Život v dětské SOS vesničce se podobá životu rodinnému. Děti chodí do veřejných škol či školek, mohou si domu vodit kamarády, navštěvují různé kroužky. Budují tak vztahy i mimo prostředí vesničky, což je připravuje na budoucí společenský život. Matka pěstounka má nárok na dovolenou na zotavenou a dostává se jí náležitého finančního ohodnocení.

### **2.1.3 Osvojení**

Nejstarší právně doložené tradice osvojení pocházejí z antického Říma. V té době mohli adoptovat pouze muži. Otec mohl disponovat s jeho životem a smrtí.

Osvojení neboli adopce je nejvyšší a z právního hlediska nejvýhodnější typ náhradní rodinné péče. Tuto nejdokonalejší formu náhradní rodinné péče upravuje zákon o rodině. Osvojením vzniká mezi osvojitelem a dítětem vztah, který je stejný jako mezi biologickým rodičem a jeho dítětem. Mezi osvojencem a příbuznými osvojitele vztah příbuzenský. Osvojitelé mají rodičovskou zodpovědnost při výchově dětí. O osvojení rozhoduje soud na návrh osvojitele. Lze osvojit dítě nezletilé, právně volné a narozené. Na základě



pravomocného soudu se do knihy narození matriky zapíše osvojitel, popřípadě osvojitelé. Na základě informací ze statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí je patrné, že za rok 2009 bylo osvojeno 543 dětí (Ministerstvo práce a sociálních věcí [online], 2010).

Osvojitelem se nemůže stát člověk, který nemá způsobilost k právním úkonům. Osvojitelem může být pouze fyzická osoba, která se zaručuje způsobem svého života, že osvojení bude ku prospěchu dítěte i společnosti. Mezi osvojitelem a osvojencem musí být přiměřený věkový rozdíl. Není možné osvojení v přímém pokolení a osvojení sourozencem. Jako společné dítě mohou někoho osvojit jen manželé. V případě soužití druha a družky může dítě osvojit jen jeden z nich. Chce-li však dítě osvojit jen jeden z manželů (nikoli tedy jako společné dítě), musí mít souhlas druhého manžela. Tohoto souhlasu není zapotřebí, pokud druhý manžel nemá způsobilost k právním úkonům nebo pokud by opatření takového souhlasu bylo spojeno s překážkou těžko překonatelnou.

K adopci je potřeba získat souhlas zákonného zástupce dítěte, a to i v případě, je-li tento zákonný zástupce nezletilý. Pokud je osvojované dítě schopno posoudit dopad celého procesu osvojení, je třeba i jeho souhlasu. V tomto případě ale zákon o rodině zmiňuje určité možné výjimky, kdy souhlasu zákonných zástupců třeba není. Podle § 68 není třeba jejich souhlasu pokud:

- *po dobu nejméně šesti měsíců soustavně neprojevovali opravdový zájem o dítě, zejména tím, že dítě pravidelně nenavštěvovali, neplnili pravidelně a dobrovolně vyživovací povinnost k dítěti a neprojevují snahu upravit si v mezích svých možností své rodinné a sociální poměry tak, aby se mohli osobně ujmout péče o dítě nebo*
- *po dobu nejméně dvou měsíců po narození dítěte neprojevili o dítě žádný zájem, ačkoliv jim v projevení zájmu nebránila závažná překážka“* (Zákon o rodině [online], 2005).

Matějček a kol. (1999) ve své knize uvádí, že zákon rozlišuje dva druhy adopce: **zrušitelná adopce** kdy práva a povinnosti přecházejí na osvojitele, ale v rodném listě dítěti zůstávají uvedeni původní rodiče dítěte. Toto osvojení lze zrušit. Tento typ osvojení je podmínkou v případě přijetí dítěte mladšího jednoho roku, neboť nezrušitelně jen osvojit dítě staršího jednoho roku. U **adopce nezrušitelné** nelze osvojení zrušit, namísto rodičů jsou v rodném listě

zapsání osvojitelé. Osvojit mohou manželé nebo i jedinec. V případě osvojení jedincem je zapotřebí předpoklad, že bude toto osvojení plnit své společenské poslání.

Matějček a kol. (2002) doplňuje dva předchozí způsoby adopce ještě o tzv. adopci mezinárodní. Pokud není možné najít dítěti vhodnou rodinu v zemi, kde se dítě narodilo, existuje možnost osvojit si dítě z ciziny nebo do ciziny. Tato forma je upravena Úmluvou o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, která byla vypracována na Haagské konferenci mezinárodního práva soukromého v roce 1993. V Úmluvě o ochraně dětí je stanoven nejen postup při osvojení do zahraničí, ale také veškeré povinnosti institucí a práva dítěte. Zprostředkováno může být prostřednictvím Úřadu pro mezinárodněprávní ochranu dětí v Brně. „*V České republice vstoupila tato úmluva v platnost 1. 6. 2000 a spolu se zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, umožňuje osvojení dětí do ciziny a z ciziny*“ (Matějček, 2002 s. 15).

#### **2.1.4 Poručenství**

Poručníkem může být fyzická osoba nebo orgán sociálně-právní ochrany dětí, vždy ho určuje soud. Podle Zákona o rodině je poručník dítěti stanoven, pokud jeho rodiče zemřeli, byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, výkon jejich rodičovské zodpovědnosti byl pozastaven nebo rodiče nemají způsobilost k právním úkonům (Zákon č. 94/1969 Sb. o rodině). Poručník je zákonným zástupcem dítěte, spravuje jeho majetek a soud nad ním drží dozor. Ustanovený poručník nemusí o dítě pečovat. V případě, že poručník péči o dítě osobně vykonává, mají jak on tak dítě nárok na hmotné zabezpečení formou pěstounských dávek. Poručník musí podávat jednou za rok zprávy o poručenci.

#### **2.1.5 Hostitelská péče**

Hostitelská péče není formálně definovaná v žádném ze zákonů ani vyhlášce. V praxi ji však umožňuje zákon §30 zákona 359/1999 sb. O sociálně-právní ochraně dětí. Jde o dlouhodobý a opakovaný kontakt dítěte žijícího v dětském domově s osobou či lidmi, kterými nejsou biologickými příbuznými dítěte. Její realizace spočívá formou návštěv v dětském domově, pobytech u hostitelů doma o víkendech, prázdninách nebo společně dovolené. Na rozdíl od předchozích forem NRP nevzniká mezi hostitelem a dítětem právní vztah.

Hostitelská péče se většinou využívá u dětí, které by měli v nejbližší době přejít do pěstounské péče nebo osvojení k žadatelům o hostitelskou péči. Hostitelskou péčí lze využít i v době kdy dítěti nebyla nařízena ústavní výchova a nachází se v ústavním zařízení na základě předběžného opatření. Pro hostitele je tato péče velmi časově a finančně náročná. Stát tuto formu péče finančně nepodporuje. Při dlouhodobého pobytu mohou hostitelé požádat o přídavek na dítě jako zvláštní příjemce.

### 2.1.6 Ústavní výchova

Podle Matouška (1999) je ústav pokusem o umělý domov, který má poskytovat jistotu a to i v případě kdy byl vybudován, aby chránil společnost, nikoliv lidi, kteří v něm přebývají. Do ústavní péče může být dítě svěřeno rodiči nebo soudem. *„Péče o děti žijící mimo vlastní rodinu je řízena třemi resorty: zdravotnickým, sociálním a školským“* (Koluchová, 1992).

**Kojenecký ústav a dětský domov do 3 let věku** spadá pod ministerstvo zdravotnictví. Matějček (1999) vysvětluje původ kojeneckých ústavů, které byly zřizovány pro děti se zdravotními problémy, avšak postupem času se začaly důvody přijetí měnit a stále více se umísťují děti z důvodů sociálních. V kojeneckých ústavech jsou děti zpravidla do jednoho roku. Do roku 2013 se mají všechny kojenecké ústavy rušit, upřednostňována má být pěstounská péče na přechodnou dobu.

Pod resort ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) spadají diagnostické ústavy (dále jen DÚ), dětské domovy (dále jen DD), dětské domovy se školou (dále jen DDŠ) a výchovné ústavy. Výkon těchto zařízení je upravován zákonem č. 109/2002 sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Úkolem **DÚ** je činnost diagnostická, terapeutická, vzdělávací, výchovná a sociální, organizační a koordinační. DÚ přijímá děti s nařízenou ústavní výchovou nebo udělenou ochrannou výchovou, dětem, u nichž bylo nařízeno předběžné opatření a zletilé nezaopatřené osobě po ukončení výkonu ústavní výchovy připravující se na budoucí povolání nejdéle však do 26 let. Na základě výsledků z komplexního šetření, na základě zdravotního stavu a volné kapacity jsou děti umísťovány do DD, DDŠ a výchovných ústavů. Pobyt v DÚ většinou trvá 8 týdnů.

Do **DD** jsou umísťovány děti od 3 do 18 let, v případě přípravy na povolání nejdéle do 26 let, a to na základě rozhodnutí soudu. Ve vztahu k dětem plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. V DD jsou umístěny děti, které nemají závažné poruchy chování a mohou se tak vzdělávat ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

Do **DDŠ** se umisťují děti, které nemohou z různých důvodů chodit do běžné školy, a proto se při DD zřizují školy. DDŠ zajišťují péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které mají závažné poruchy chování nebo které vyžadují výchovně léčebnou péči v případě duševní poruchy. Dále je pro děti s uloženou ochrannou výchovou a nezletilé matky. Umisťují se zde děti od 6 let věku až do ukončení povinné školní docházky. V některých DDŠ bývají i různé zájmové kroužky, které jsou součástí výchovně - vzdělávacího procesu. Jestliže dítě po ukončení povinné školní docházky nemůže navštěvovat střední školu nebo zařízení nebo si nenajde zaměstnání, je umístěno do výchovného ústavu. A to v případě přetrvávání závažných poruch chování. **Výchovný ústav** je pro děti starší 15 let, které mají poruchy chování a byla jim nařízena ústavní nebo ochranná výchova. Mohou zde být umístěny i děti starší 12 let, jestliže jejich poruchy chování jsou tak závažné, že nemohou být umístěny do dětského domova se školou. (Zákon o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy [online], 2005). Výchovný ústav plní výchovné, vzdělávací a sociální úkoly.

Výchovné ústavy se dají rozdělit do několika typů podle toho, kterým mladistvým jsou určeny. Například výchovně léčebné ústavy – pro svěřence s drogovou závislostí, s hyperaktivitou, výchovný ústav pro nezletilé matky s dětmi, výchovný ústav s ochrannou výchovnou péčí atd. (Kolářová, 2009, s. 9 - 12).

## 3 Metodologie sběru dat

### 3.1 Použité metody sběru dat

Jako metoda sběru dat byl zvolen nestandardizovaný, *polostrukturovaný rozhovor*, Hendl (2005) jej nazývá jako rozhovor pomocí návodu. Návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci rozhovoru probrat. „Tento návod má zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavé témata“ (Hendl, 2005, 174). Je na výzkumníkovi jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace.

*Kazuistika nebo též případová studie* patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apod. Stejně jako jedince se může kazuistika týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy. (Hartl, Hartlová, 2004)

Smyslem případové studie je velmi podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika málo případům. Základem případového šetření je sběr skutečných dat vztahujících se k případu a snaží se o komplexní porozumění případu v jeho přirozeném prostředí (Švaříček, Šed'ová, 2007).

#### Osnova kazuistiky

- *Krátké uvedení případu*, které zahrnuje pohlaví a věk jedince;
- *rodinná anamnéza* – zahrnuje informace o rodičích (věk, stav, případné problémy), sourozencích;
- *osobní anamnéza* vyšetřované osoby: průběh těhotenství a porodu, psychomotorický vývoj, řeč, případné úrazy, nemoci, školní vývoj: nástup do MŠ, zralost, odklad, adaptace na školní zařízení, prospěch a problémy;
- *současný stav dítěte*;
- *problémy dítěte* - počátek a vývoj současných obtíží, diagnostické údaje na základě vyšetření v poradně, vlastní pozorování či vyšetření, relevantní data od školy a od rodičů;
- *zhodnocení případu* – souvislosti mezi zjištěnými daty, interpretace dat;
- *návrh intervence* – popis již provedených intervencí ve škole, v poradně, návrh možných řešení situace u dítěte v rodině, ve škole, v poradně či jiných zařízení. (Vágnerová, 2008)

### 3.1.1 Použité kazuistiky

Cíle bakalářské práce jsou ověřovány prostřednictvím kvalitativní metody sběru dat. Byl použit polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly uskutečněny se čtyřmi ženami, které mají dítě s FAS v náhradní rodinné péči. Na základě dat získaných z rozhovoru byly zpracovány kazuistiky jednotlivých dětí. Získávání respondentů bylo poměrně obtížné, setkala jsem se s překážkami typu: obavy z anonymity, nejasná diagnóza, omezení v setkání z důvodu velké vzdálenosti mezi mnou a respondenty.

#### Alice 9 let

##### **Osobní anamnéza:**

Třetí gravidita matky klešťový porod v 37. týdnu (2,850, 47cm), prokázán alkohol v krvi matky 1,3 promile. Mikrocefalie, strabismus, epicanthus, po narození velmi plačtivá, podrážděná, hypotrofická, nerovnoměrný psychomotorický vývoj.

O psychomotorickém vývoji do jejích 5 - ti let věku toho poručnice moc neví. Nebyly ji poskytnuty informace a celkově si poručnice ztěžovala na spolupráci s dětským domovem. Poručnici (dále jen paní H.) byla Alička předána s diagnózou středně těžká mentální retardace, hyperaktivita. Zjistilo se však, že vůbec nemá mentální retardaci ba naopak je v pásmu nadprůměru a v současné době probíhá další diagnostika kvůli podezření na Aspergerův syndrom. Podezření na AS vyplývá z faktu, že Aličku velmi zajímá oblast železniční dopravy. Má nemalý přehled o všem, co se týká vlaků. Specifické je i to, že se před ní nesmí říkat oči, vlasy nohy atd. vše převádí a pojmenovává podle části vlaku, např. oči jsou světla, vlasy jsou dráty, nohy jsou kola atd.

V pěti letech o sobě mluvila ještě ve třetí osobě, mluvila ve stručných větách, používala slova v infinitivech (pít, jíst) a měla velmi malou slovní zásobu.

##### **Rodinná anamnéza:**

Matka byla pravděpodobně obětí domácího násilí, v té době začala s pitím alkoholu. Rodiče se nyní vzdávají svých práv vůči Aličce. Má dvě zdravé dospělé sestry, které o ni neprojevují zájem.

Alička vyrůstá spolu se svou poručnicí a s jejími dvěma dalšími dcerami, které má matka v pěstounské péči. Alička říká své poručnici maminko. Ta si vzala Aličku do péče v jejích 5 - ti letech. Matka občas poručnici volá a ptá se na dceru. Podle poručnice se s ní dá celkem rozumě hovořit. Poručnice má však zkušenosti i s hovory po telefonu, u kterých je rozpoznat, že je právě pod vlivem alkoholu.

### **Výchovné obtíže**

Paní H. mluví o velké psychické deprivaci, se kterou si Aličku vzala do péče z dětského domova. Tomu odpovídal i její psychomotorický vývoj, který byl značně opožděný, nejvíce opožděný byl vývoj řeči. Ze začátku byly s Aličkou velké problémy v oblasti vztahů. Upnula se pouze na paní H. a s nikým jiným z rodiny nebyla schopná vydržet, sebemenší odloučení znamenalo nepřetržitý pláč. Nyní nemá problém navázat kontakt s dospělým člověkem, naopak problémy má s vrstevníky.

Od začátku byl velký problém s jídlem, nechtěla jíst. Nebyla schopná u jídla vydržet. Paní H. říká, že ze začátku nedělaly celý den nic jiného, než jedly, od snídaně k obědu, od oběda ke svačině atd. Nyní Alička sní oběd už po dvou hodinách, což je velký úspěch.

Alička trpí nízkou frustrační tolerancí, ze začátku byl vůbec velký problém s cestováním, s dopravními prostředky. Proto denní dojíždění do školy nepřipadalo v úvahu.

*Příklad frustrační tolerance, které jsem byla svědkem při našem setkání v Praze. Alička si najednou vzpomněla, že byly s poručnicí před rokem také v Praze a ona upadla a roztrhla si kalhoty. Z ničeho nic začala plakat a omlouvat se za to poručnici. Několikrát řekla: „Maminko, mě to mrzí, že jsem si roztrhla ty kalhoty.“*

### **Vzdělávání**

Alička má domácí výuku. Paní H. se s ní snaží denně učit jako ve škole dle jejích schopností a možností. Učí se podle programu základní školy a chodí na přezkoušení do spádové školy. Učení ovládá, nemá sebemenší problémy. Poručnice se rozhodla pro domácí výuku, má pedagogické vzdělání a několik let praxe v tomto oboru. Domnívá se, že tato forma vzdělávání je pro Aličku nejvhodnější vzhledem k jejím výchovným problémům. Alička vyniká ve zpěvu, má absolutní sluch a zpívá ve sboru. Nadaná je i na anglický jazyk, poručnice s ní komunikuje i v angličtině.

### **Shrnutí**

U Aličky jsou v podstatě viditelné charakteristické rysy v obličeji, potvrzený alkoholismus matky, ale diagnóze FAS, se vymyká její nadprůměrný intelekt a projevy dítěte s Aspergerovým syndromem. Potvrzuje však domněnky některých vědců ze zahraničí, že mezi těmito dvěma syndromy může existovat souvislost, kdy FAS může být jedním z faktorů způsobujících AS.

## **Markéta 8 let**

### **Osobní anamnéza**

První gravidita matky, byla komplikovaná rozsáhlým užíváním alkoholu. Matka byla kuřačka a občas si dala i marihuanu. Porod v termínu, bez přítomnosti alkoholu v krvi matky, váha 2,2 kg a 41cm, typické abnormality v obličeji: chybí philtrum, epicanthus a tenký horní ret. Narodila se s tříselnou kýlou, do tří let trpěla opakovanými chronickými záněty středního ucha. Dosud se potýká s poruchou příjmu potravy. Četné poruchy chování, ADHD a LMR.

Markétka je drobná dívka, vzrůstem připomíná spíše 5-ti leté dítě. Celkově je velmi hubená a má problémy s přibýváním na váze.

### **Rodinná anamnéza**

Oba dva biologičtí rodiče byli alkoholici. Ti uvádějí, že se stejnou závislostí se potýkali i jejich rodiče. Manžel matku fyzicky týral i během těhotenství. Markétka žila se svými rodiči do svých 7 měsíců věku po-té byla rodičům odebrána. Bylo zjištěno, že otec matku fyzicky týral, často byli v podnapilém stavu, žili v nečistém prostředí, pro dítě nevyhovujícím. Po dvou měsících přešla do dětského domova. V DD pobyla další dva roky a potom si ji vzala do péče pěstounská rodina, u které je dosud. Vyrůstá s dvěma nevlastními sestrami ve věku 12 a 16 let. Mezitím se otec vzdal svých práv a matka občas projeví zájem, tím že alespoň zavolá.

### **Výchovné obtíže**

Markétka trpí značnými poruchami chování, které pěstouni musejí často řešit. Od začátku byl problém s agresivitou, která se projevovala bez rozdílu, jestli je doma nebo ve školce, později ve škole. Velmi často bylo těžké zjistit příčinu, která záchvat vyvolala. Záchvaty agrese se často projevují vztekem, svíjením se na zemi, nadávkami a házením předmětů. Na druhou stranu pěstouni uvádějí, že je velmi milá, má v sobě spousty lásky, kterou i umí dát najevo. Miluje zvířata a hezky o ně pečuje. Její agresivní záchvat může vyvolat i taková maličkost jako je např. nepříjemný zvuk (skřípání). Také nesnese oblečení z kousavého materiálu na to je velmi citlivá. Na Markétku se musí mluvit v jednoduchých větách hlavně v případě, když jí dáváme nějakou instrukci.

Pokyny, které zná, často používá v odpovědích, např. „Markétko, co uděláme před tím než půjdeme jíst?“ Markétka: „Běž si umýt ruce! Ovšem pokud ji pravidlo není připomenuto, ve chvíli kdy to má udělat, tak ho nevykoná, protože si na něj nevzpomene. Markétka má problémy i se spánkem, často se budí, nechce spát. Spánek ji však během dne neschází.



## **Vzdělávání**

Markétka měla odklad školní docházky. Nyní dochází do základní školy speciální a vzdělává se podle programu základní školy praktické. Má vypracovaný individuální vzdělávací plán, který v podstatě plní. Chodí do 2. třídy kde se vzdělává společně s dalšími sedmi dětmi. Učivo v podstatě ovládá. Největší problémy jsou v oblasti chování, které mají velký vliv na osvojování si nového učiva. V první řadě jde hlavně o hyperaktivitu a její schopnost udržet pozornost u jedné činnosti, její pozornost klesá v podstatě ve vteřinách. Je vysoce unavitelná a potřebuje časté střídání činností.

Záchvaty agresivity byly prvním rokem na denním pořádku, nyní se už učitelé a rodiče naučili tyto situace zvládat nebo alespoň zmírňovat.

## **Shrnutí**

Typické znaky v obličejí jsou přítomny, je malého vzrůstu a má problémy se spánkem. Markéta trpí častými záchvaty agresivity. Ve škole ji činí potíže špatné soustředění a pozornost, která klesá ve vteřinách. Vadí jí některé zvuky např. skřípání a kousavé materiály. Má špatnou paměť, stále se jí musí něco připomínat, musí se na ní mluvit v jednoduchých větách.

## **Tomáš 12 let**

### **Osobní anamnéza**

Narozen spontánně ve 37. týdnu těhotenství, váha 2040g, míra 45cm. Od narození extrémně drobný, malý obvod hlavy, mikrocefalie, srdeční arytmie. LMR, abnormality v obličejí philtrum, nízko posazené uši a rozštěp páteře, který způsobuje problémy s vylučováním, neudrží moč a stolicí, je na plenách. Rozštěp ho omezuje i v pohybu, specifická kolébavá chůze, často ho bolí dolní končetiny.

### **Rodinná anamnéza**

Matka Tomáše porodila ve svých 19-ti letech. V průběhu těhotenství si často dávala alkohol – víno. Do poradny nedocházela. Otec je neznámý.

Tomáš byl umístěn do kojeneckého ústavu po 5- ti dnech od porodu na základě předběžného opatření. Vlastní babička se o Tomáše začala starat v jeho roce a půl. Tomáš svoji babičku oslovuje: „mami“.

Babička toho o své dceři moc neví, už rok ji neviděla, domnívá se, že se toho v jejím životě moc nezměnilo. Tomáš žije pouze se svojí babičkou v rodinném domě.

### **Výchovné obtíže**

Babička mluví o Tomášovi jako o umíněném a vzdorovitém chlapci, který je schopen udělat vše pro to, aby dosáhl svého cíle, přání. Což je samozřejmě velký problém. Nelze všemu, co chce hned vyhovět. Pokud Tomášovi není vyhověno, dostane se do stavu úzkosti, která se projeví sebepoškozováním. Začne se válet po zemi a mlátit hlavou o zem.

Tomáš je velmi komunikativní a sebevědomý chlapec, nemá problémy s někým navázat kontakt. Velmi těžko však nese jakékoliv odmítnutí. Má tendence se upnout na nějakou osobu, vyžaduje si její pozornost a přivlastňuje si ji. V současné době je touto osobou mladá paní učitelka, píše jí dopisy, maluje srdíčka. Ze začátku pro ni kradl doma babičce líčidla, laky na nehty a plyšáky. Dokonce ji přinesl tzv. „zásnubní pizzu“. A všem tvrdil, že paní učitelka je jen jeho a se svým manželem se kvůli němu rozvede.

Tomáš má problémy i se změnami, vše musí mít svůj řád, pravidla a nic nesmí narušit běh dne. *Např. paní učitelka první školní den měla odpolední, v pátek končila dříve. V pátek Tomáš udělal scénu, že když tu není paní učitelka tak on tu taky nemusí být.* Jakékoliv odmítnutí vyprovokuje u Tomáše úzkost, která vyvolává agresivní chování, které je spojené s následným sebepoškozováním. I přesto, že má Tomáš dost značné pohybové obtíže, je velmi neposedný, neustále vstává z místa, chodí sem a tam po třídě a pořád vykřikuje své myšlenky.

Tomáš má špatnou paměť, neustále někde něco zapomíná.

### **Vzdělávání**

Tomáš se vzdělává podle programu základní školy praktické, má vypracovaný IVP. Učivo překonává s obtížemi, není schopen soustředění se na zadaný úkol, od učení během hodiny odbíhá. Chce dělat neustále něco nového, ale to staré nemá dokončené. Snadno se nechá rozptýlit. Denně potřebuje nějakou slovní motivaci k tomu, aby vůbec s učením začal.

### **Shrnutí**

Na Tomášovi účinky alkoholu zanechaly vážné zdravotní potíže a vyžaduje neustálou péči druhé osoby. Jako jediný je vychováván v biologické rodině, vlastní babičkou, s matkou ovšem do styku nepřijde. Kromě zdravotních komplikací se u Tomáše projevují i poruchy

v chování - záchvaty agresivity, sebepoškozování, nesoustředěnost, klesající pozornost, impulzivita a úzkostlivost.

## **Matyáš 7 let**

První gravidita matky, epileptička, narozen spontánně ve 40. týdnu, váha 2780g, míra 48cm, po narození pozorovány třesy. Lehká psychomotorická retardace, mikrocefalus. Po narození podrážděný a plačtivý. Prodělal klasické dětské nemoci např. plané neštovice, oboustranný zánět středního ucha. ADHD, psychická deprivace, časté poruchy nálad, afektivní záchvaty doprovázené autoagresí, vykazuje autistické rysy, hraniční LMR. Opožděný psychomotorický vývoj, který je patrný v pohybu i řeči. Vývojová porucha na podkladě FAS.

### **Rodinná anamnéza**

Biologická matka byla v dětství adoptována. Léčila se s epilepsií a má IPD. V těhotenství kouřila a užívala alkohol, neměla kde bydlet a přespávala na nádraží.

Otec je zdravý, s matkou nežijí společně. Matyáš byl po narození společně s matkou umístěn do kojeneckého ústavu. Důvodem pro umístění byl zdravotní stav dítěte a špatná sociální situace, jednalo se o zácvik v péči o dítě a zlepšení sociální situace. Matka se snažila a opakovaně si sháněla bydlení pro sebe a Matyáše. Později přestala zvládat projevy Matyáše, který často plakal, křičela na něj. Nebyla schopná obstarat Matyášovi náročnou péči, kterou jeho opožděný psychomotorický vývoj a zdravotní stav vyžadoval. Později byla z důvodu malé kapacity v zařízení propuštěna, po-té bydlela na ubytovně. Matyáš zůstal v kojeneckém ústavu další rok, během kterého ho matka pravidelně navštěvovala. Soudem byl navržen do pěstounské péče, nebyla však nalezena správná rodina. Později začal o Matyáše projevoval zájem biologický otec, kterému byl svěřen do péče, žili s matkou společně. Později se matka vrátila k předchozímu způsobu života a otec přestal o dítě znovu jevit zájem. Matyáš byl nakonec umístěn do nové pěstounské rodiny. Rodině se však nepodařilo navázat s dítětem správný vztah.

Nyní už od konce roku 2006 žije v pěstounské rodině. Rodina je úplná, má dva starší nevlastní sourozence, bratr 13 let, sestra 16 let. Žijí v malé vesničce v rodinném domě. Biologická matka přestala projevoval o Matyáše zájem před čtyřmi roky.

### **Výchovné obtíže**

Matyáš má potíže s pohybem, často zakopává a padá. Když si ho pěstounská rodina vzala z ústavní výchovy, trpěl značnou psychickou deprivací. Často plakal, bylo problém ho utišit, matka mluví o bezesných nocích. Začal mít obtíže i s příjmem potravy. Některé potraviny mu vysloveně vadili, vzhledem ke své konzistenci např. rýži nejlíbil dosud. V noci se pomočoval.

Matyáš je velmi náladový a někdy mívá i záchvaty vzteku. Vadí mu hluk a hodně lidí dohromady. Pokud se dostane do takového prostředí, křičí a snaží se utéct. Cestování hromadnou dopravou nepřipadá v úvahu, nepříjemná je mu fyzická blízkost cizích lidí.

Na druhou stranu je velmi milý a láskyplný. Silnou citovou vazbu má ke své náhradní matce. Má rád zvířata obzvláště pejsky a hudbu, rád si zpívá. Sama pěstounka je hudebně nadaná a tak se v tomto směru dobře rozvíjí. Má spoustu energie a rád se směje.

### **Vzdělávání**

Matyáš má roční odklad školní docházky. Dochází do speciální mateřské školy. Ve školce je lehce zaostalý v komunikačních projevech a pohybových aktivitách. Je často plačtivý a přecitlivělý. S dětmi ve školce si hraje bez problémů. Ve školce občas odmítá plnit některé úkoly, většinou ale jen ty, ve kterých je slabší.

### **Shrnutí**

Než se Matyáš dostal do stávající pěstounské rodiny, prošel si četnými změnami prostředí, což na něm zanechalo projevy psychické deprivace. Jeho vývoj je celkově opožděný. Má problémy s přizpůsobivostí na změny, vadí mu hlučné prostředí. Je náladový a trpí afektivními záchvaty.

## **Závěrečné shrnutí**

Počet získaných kazuistik je poměrně malý, ale i přesto stojí za povšimnutí. Vyplývá to hlavně z faktu, že tyto děti vyrůstají převážně v ústavní péči a počet pěstounů a osvojitelů těchto dětí je mizivý. Problém tkví také v tom, že vzhledem k malé zkušenosti odborníků s poruchami fetálního alkoholového spektra je v mnoha případech diagnóza ne příliš jasná.

V zásadě mají jedno společné a to jsou problémy, které jsou nenávratné, nevyléčitelné, a se kterými budou muset ony i jejich rodiče bojovat celý svůj život. Rané poškození mozku alkoholem je bude provázet od narození až do smrti. U těchto dětí v zásadě platí, že pokud bude zahájena péče v raném věku, bude jim jen ku prospěchu. Vzniká tak šance poskytnout dítěti veškerou péči, která pomůže k jeho zdárnému růstu, vývoji a ty potom mohou pomoci dítěti překonat obtíže v pozdějším věku.

U první holčičky jsou v podstatě viditelné charakteristické rysy v obličeji, potvrzený alkoholismus matky, ale diagnóze FAS se vymyká její nadprůměrný intelekt a projevy dítěte s Aspergerovým syndromem. Potvrzuje však domněnky některých vědců ze zahraničí, že mezi těmito dvěma syndromy může existovat souvislost, kdy FAS může být jedním z faktorů způsobujících AS.

Další tři děti vykazují také charakteristické rysy v obličeji, alkoholismus matky a zároveň je u všech potvrzena lehká mentální retardace. Jak je již z kazuistik patrné u všech dětí je prokázán nerovnoměrný psychomotorický vývoj. Vykazují značné problémy v sociální oblasti, mají zhoršenou adaptaci na nové prostředí a stěží navazují vztahy. Velké mezery mají v oblasti učení a udržení pozornosti.

Náhradní rodiče se v podstatě shodli na jednom a to, že je to tzv. běh na dlouhou trať. Upozorňují na fakt, že péče o ně je i finančně a hlavně časově velmi náročná a přiznávají, že je pro ně výhodnější nechat si děti prozatím v pěstounské péči či poručnictví, na kterou dostávají příspěvky od státu. I přes všechny útrapy a každodenní strasti, které výchova jejich dětí obnáší, je znát na všech rodičích jakési nadšení pro dobrou věc s obrovskou vírou, že v rodinném prostředí se jejich děti budou rozvíjet mnohem rychleji než v ústavní výchově.

## Závěr

Teoretická část práce, která měla za úkol nastínit problematiku poruch fetálního alkoholového spektra je zpracována převážně z internetových zahraničních zdrojů.

První kapitola nazvaná alkohol a těhotenství vystihuje problematiku alkoholismu u žen, popisuje, jaký vliv má alkohol v těhotenství a dále se zabývá jednotlivými poruchami fetálního alkoholového syndromu.

Kapitola druhá se zaměřuje na formy náhradní rodinné péče, vysvětluje jednotlivé pojmy, věnuje se její historii a současnosti. Navazující třetí kapitola nás seznamuje s pokyny k vypracování kazuistiky neboli případové studie. Obsahuje čtyři kazuistiky dětí s fetálním alkoholovým syndromem, které jsou umístěny v náhradní rodinné péči.

Jedním z cílů bakalářské práce bylo zjistit, zda je v České republice dostatek materiálů a informací o problematice fetálního alkoholového syndromu. Jak již výše zmiňujeme bakalářská práce a její část o poruchách fetálního alkoholového spektra je zpracována převážně z internetových zahraničních zdrojů. Informace o fetálním alkoholovém syndromu můžeme najít i v české literatuře, zvláště u autorů zabývajících se závislostmi na návykových látkách, obvykle nejsou nikterak obsáhlé. Spojené státy a Kanada se staly centrem rozvoje problematiky FASD a přináší nám mnoho studií, cenných informací a otázek. Některé výsledky jejich práce a odborné články lze najít už přeložené na českých serverech. Tato problematika je u nás stále málo probádaná, v první řadě by se mělo dbát na preventivní opatření. Na ženy v reprodukčním věku by se měli hlavně zdravotní odborníci, měli by šířit v první řadě osvětu o škodlivosti alkoholu v těhotenství na plod. Jako z dalších možných forem prevence bychom si mohli vzít příklad ze zahraničí a podobně jako varování na krabičkách cigaret o jejich škodlivosti by se mohly objevit tyto varovné etikety i na lahvích s alkoholem. Fakta o fetálním alkoholovém syndromu vypovídající o fatálních důsledcích vlivu alkoholu na plod v těle matky by měla být známa každé ženě a i jejímu blízkému okolí.

Získané informace o problematice poruch fetálního alkoholového spektra společně se čtyřmi kazuistikami jsou shrnutím pro rodiče, kteří by se rozhodovali pro jednu z forem náhradní rodinné péče o dítě s tímto postižením.

Předkládaná práce je jen jakýmsi zlomkem opravdu rozsáhlého tématu. Poukazuje na další problémy, které se pojí s touto diagnózou, je jakousi vstupní bránou do uvedené problematiky. Myslíme, že tato domněnka by se dala využít jako cíl zkoumání v dalších pracích.

## Literatura

- HARTL, P., H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.
- HELLER, J., O. PECINOVSKÁ a kol. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing, 1996. ISBN 80-71692-77-8.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-73670-40-2
- JŮVA, V. sen. & jun.: *Úvod do pedagogiky*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-39-7.
- KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*, Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing 2008. 978-80-247-1411-0.
- KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M. *Alkohol a drogy v těhotenství. Rozdíly mezi kuřačkami a nekuřačkami. Alkoholismus a drogové závislosti*. Bratislava, 1999, roč. 34, č. 4 s. 193-202
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada Publishing, 2002. 128 s. ISBN 80-247-0332-7
- MATĚJČEK, Z., *Náhradní rodinná péče*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0
- NEŠPOR, K. 2003. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2003. 80-7178-831-7.
- NEŠPOR, K. *Sředoškoláci o drogách, alkoholu, kouření a lepších věcech*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-086-3.
- NEŠPOR, K. 2006. *Zůstat střízlivý*. Brno: Host, 2006. 80-7294-206-9.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 80-7315-120-0.
- ROTGERS F. et.al. 1999: *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing spol. s r.o, ISBN 80-7169-836-9.
- SKÁLA, J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*. In: *Novinky v medicíně*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1986. ISBN 80-86103-21-8
- ŠEDIVÝ, V., VÁLKOVÁ, H. *Lidé, alkohol, drogy*. Praha: Naše vojsko, 1988. ISBN 28 – 049 – 88
- ŠVARÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0

## Internetové zdroje:

Abúzuz alkoholu v těhotenství. [online] c.2011. Dostupné z <<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/abuzus-alkoholu-v-tehotenstvi-a-jeho-dusledky-462791>>

Alkoholik, Alkoholismus – definice, základní pojmy.[online] c.2010. Dostupné z <[http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika\\_a\\_telo/alkoholik\\_alkoholismus\\_definice\\_vysvetleni\\_pojmu.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/alkoholik_alkoholismus_definice_vysvetleni_pojmu.html)>

Facts about alcohol use during pregnancy.[online].c2002, poslední revize 2012. Dostupné z <<http://alcoholism.about.com/od/fas/a/fasd.htm>>

Fas Community Resource Center. [online] c.2003, poslední revize 10.11.2011. Dostupné z <<http://www.come-over.to/FASCRC/>>

Fetal alcohol exposure and the brain. [online] c.2000, poslední revize 2010. Dostupné z: <<http://www.come-over.to/FAS/FASbrain.htm>>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí [online]. 27.10.2010. [cit. 2010-17-09]. Dostupný z WWW: <[http://mpsv.cz/files/clanky/9845/statisticka\\_rocenka\\_z\\_oblasti\\_prace\\_a\\_socialnich\\_veci\\_2009.pdf](http://mpsv.cz/files/clanky/9845/statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2009.pdf)>.

MLČOCH, Z. Alkoholik, alkoholismus – definice, vysvětlení pojmů. [online]c.2003 – 2012. Dostupné < [http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika\\_a\\_telo/alkoholik\\_alkoholismus\\_definice\\_vysvetleni\\_pojmu.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/psychika_a_telo/alkoholik_alkoholismus_definice_vysvetleni_pojmu.html) >.

MLČOCH, Z. Pití alkoholu v těhotenství a fetální alkoholický syndrom FAS. [online] c.2003-2012. Dostupné z <[http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi\\_a\\_alkohol/piti\\_alkoholu\\_v\\_tehotenstvi\\_a\\_fetalni\\_alkoholicky\\_syndrom\\_fas.html](http://www.alkoholik.cz/zavislost/tehotenstvi_a_alkohol/piti_alkoholu_v_tehotenstvi_a_fetalni_alkoholicky_syndrom_fas.html)>

My health news daily. ADHD vs. Fetal alcohol syndrome: Kid's learning problem differ.[online] c.2011. Dostupné z <<http://www.myhealthnewsdaily.com/1052-learning-problems-kids-adhd-prenatal-alcohol-exposure.html>>

National institute on alcohol abuse and alcoholism. Fetal exposure and the brain. [online] c.2000, poslední revize 2001. Dostupné z <<http://www.pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa50.htm>>

ŘÍČAŘOVÁ, J. Náhradní rodinná péče [online]. 22.1.2009. c2010. Dostupný z <<http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/socialni-oblast/socialne-pravni-ochrana-deti/nahradni-rodinna-pece/nahradni-rodinna-pece-2248/?>>.

Secondary conditions associated with fetal alcohol syndrome. [online] c.2010, poslední revize 2010. Dostupné z <[http://alcoholism.about.com/od/fas/a/fas\\_conditions.htm](http://alcoholism.about.com/od/fas/a/fas_conditions.htm)>

SOS VESNÍČKY. SOS dětské vesničky [online]. c.2010, poslední revize 2011. Dostupné z <<http://www.sos-vesnicky.cz/nase-cinnost/sos-detske-vesnicky/>>.



SOS VESNÍČKY. SOS dětské vesničky [online]. c2011. Dostupné z <<http://www.sos-vesnicky.cz/o-sdruzeni/faq/>>.

SOS VESNÍČKY. SOS dětské vesničky [online]. c2011. Dostupné z <<http://www.sos-vesnicky.cz/nase-cinnost/>>.

SOVINOVOVÁ, H., CSÉMY, M. Alkohol a primární zdravotní péče: Klinická vodítka pro identifikaci a krátké intervence [online].c2005 Dostupné z < <http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/alkohol/AlkolVoditka.pdf>>.

Středisko náhradní rodinné péče. Základní informace o náhradní rodinné péči.[online] c.2011. Dostupné z< [http://www.nahradnirodina.cz/files/File/zakladni\\_info\\_o\\_nrp.pdf](http://www.nahradnirodina.cz/files/File/zakladni_info_o_nrp.pdf)> .

Státní zdravotní ústav. Alkohol a primární zdravotní péče.[online] c.2010. Dostupné z <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/zavislosti/alkohol/AlkolVoditka.pdf>>

The athlete. Alcohol problems. [online] c.2011. Dostupné z <[http://www.theathlete.org/drug-abuse/alkohol\\_problems.htm](http://www.theathlete.org/drug-abuse/alkohol_problems.htm)>.

WIKIPEDIE – otevřená encyklopedie. Alkoholismus.[online] c.2012, poslední revize 4.5. 2012. Dostupné z < <http://www.cs.wikipedia.org/wiki/Alkoholismus> >.

Zprostředkování osvojení a pěstounské péče. [online] c.2009, poslední revize 14.7. 2009. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/7298>>.